Rwanda



Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé

2007-2008

RÉPUBLIQUE DU RWANDA



Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé
Rwanda
2007-2008

Ministère de la Santé du Rwanda
Kigali, Rwanda

Institut National de la Statistique du Rwanda
Kigali, Rwanda

ICF Macro
Calverton, Maryland, USA

Avril 2009















Les personnes suivantes ont participé à l'analyse des données et la rédaction de ce rapport :

- Jean Philippe Gatarayiha (Directeur d'Unité de Recherche et de Développement des Capacités/NISR),
- Alphonse Rukundo (Responsable de développement des capacités/NISR),
- Dr. Corine Karema (Directrice d'Unité Malaria/TRACPlus),
- Dr. Emilien Nkusi (Responsable du Système d'Information Sanitaire/M&E/MINISANTÉ),
- Dr. Fidele Ngabo (Coordinateur de la Task Force Santé Maternelle et Infantile/MINISANTÉ),
- Dr. Denise Ilibagiza (Responsable de la PCIME/MINISANTÉ),
- Dr. Camille Munyangabe (Responsable de la Violence Sexuelle et Santé Reproductive des Adolescents/Task Force Santé Maternelle et Infantile/ MINISANTÉ)
- Dr. Ferdinand Bikorimana (Responsable de la Planification Familiale/Task Force Santé Maternelle et Infantile/MINISANTÉ),
- Dr. Solange Hakiba (Responsable de la Santé Maternelle et de l'Enfant/Task Force Santé Maternelle et Infantile/MINISANTÉ).
- Dr. Mohamed Ayad (Coordinateur Régional et Directeur Technique/ICF Macro)
- Dr. Rathavuth Hong (Responsable de l'EIDSR et Coordinateur Pays/ICF Macro)

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé au Rwanda (EIDSR), réalisée du 15 décembre 2007 au 20 avril 2008 par l'Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR). Ce dernier a bénéficié d'une assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de l'ICF Macro, et d'un appui financier du Gouvernement Rwandais, de l'USAID, et du Fond Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria (GFTAM), ainsi que celui du DfID, de la Commission Européenne (CE) et du PNUD à travers le Basket Fund de l'INSR. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente pas nécessairement la politique de l'USAID ni celle des autres organismes de coopération.

Pour des informations supplémentaires concernant l'enquête, contactez l'Institut National de la Statistique (INSR), P.O. Box 6139, Kigali, Rwanda ; E-mail : info@statistics.gov.rw ; Internet : www.statistics.gov.rw.

Pour des informations supplémentaires concernant le programme MEASURE DHS, contactez ICF Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705 USA ; Téléphone : 301-572-0200, Fax : 301-572-0999, Internet : www.measuredhs.com.

Citation recommandée :

Ministère de la Santé (MINISANTÉ), Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ICF Macro. 2009. *Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé, Rwanda 2007-2008.* Calverton, Maryland, U.S.A. : MINISANTÉ, INSR et ICF Macro.

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

CHAPITRE 8 PALUDISME ET ANÉMIE

CHAPITRE 9 MORTALITÉ DES ENFANTS

CHAPITRE 10 CIRCONCISION

ANNEXE A PLAN DE SONDAGE

ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE

ANNEXE C TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

AVANT-PROPOS

Le gouvernement du Rwanda vient de réaliser l'Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé de 2007-2008 (EIDSR) dans le but est d'obtenir une base de données conçue pour fournir des indicateurs fiables permettant d'évaluer et d'assurer le suivi de la réalisation des politiques et des programmes sectoriels nationaux, la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, Vision 2020 ainsi que les engagements que le Rwanda a pris au niveau international, en particulier les Objectifs de Développement du Millénaire.

L'EIDSR fait suite aux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSR) réalisées avec succès au Rwanda en 1992, 2000 et 2005, et fait partie d'un vaste programme mondial d'enquêtes socio-démographiques et de santé réalisées dans les pays en développement depuis le milieu des années 1980. L'EIDSR a collecté des données permettant de calculer les indicateurs de fécondité, de planification familiale, et de santé maternelle et infantile qui sont habituellement mesurés par ce type d'enquête. En outre, l'EIDSR a inclus un module sur le paludisme ainsi que des tests permettant d'estimer, au niveau national, la prévalence de la parasitémie du paludisme et celle de l'anémie parmi les femmes et les enfants.

Ce rapport permettra au lecteur de mieux connaître les améliorations qui se sont produites dans le domaine sociodémographique, améliorations qui ont été accomplies par le gouvernement du Rwanda comme la baisse par rapport à 2005, du niveau de mortalité infantile, l'augmentation de la fréquence des visites prénatales et de l'utilisation du recours aux services de soins d'accouchements assistés et de soins postnatals, une augmentation de l'utilisation contraceptive moderne ainsi que de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois. Cependant, les lecteurs ne doivent pas ignorer que derrière ces améliorations, des problèmes importants demeurent comme le nombre moyen d'enfants élevé par femme, qui continue de peser au niveau social et qui ralentit les progrès du développement. Une majorité d'indicateurs ont connu une amélioration due non seulement aux investissements du gouvernement mais aussi au support financier et technique des partenaires.

Les résultats de l'EIDSR 2007-2008 sont, par conséquent, d'une grande importance car ils permettent l'évaluation des progrès réalisés pour atteindre les objectifs précédemment mentionnés. Ces résultats permettent aussi de réajuster les objectifs intermédiaires, d'identifier les domaines qui méritent une attention particulière et également d'effectuer des projections pour le développement futur dans le domaine sociodémographique. En outre, ces résultats représentent un défi sérieux pour les organismes qui fournissent les financements et qui exigent des approches financières intégrées impliquant de multiples secteurs de la vie socio-économique.

Par conséquent, le gouvernement du Rwanda, en particulier le ministère de la Santé, est fier de fournir des résultats fiables et actuels, aux décideurs politiques et aux planificateurs ainsi qu'à d'autres utilisateurs du secteur privé comme du secteur public. Que ce document soit une source d'informations valables et utiles à toutes les personnes et à toutes les organisations impliquées dans les problèmes de développement qui l'utiliseront pour contribuer à améliorer les conditions de vie de la population du Rwanda.

Signed in Kigali April 2009

Dr Richard SEZIBERA
Minister of Health.

REMERCIEMENTS

Ce rapport n'aurait pas vu le jour sans la participation d'un grand nombre de personnes et d'organisations. Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre vive reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu aux femmes et aux hommes qui ont bien voulu accepter de répondre à toutes les questions qui leur ont été posées. Le taux de réponse est élevé aussi bien pour 1es hommes (95,4 %) que pour les femmes (97,5 %).

Nous tenons à remercier sincèrement les différents ministères pour avoir facilité la mise en œuvre de l'enquête. Nous témoignons notre profonde gratitude au Ministère de la Santé pour sa collaboration durant la préparation et le déroulement de l'enquête. Nos sincères remerciements s'adressent également au Ministère de l'Administration Locale (MINALOC) ainsi que l'ensemble des autorités provinciales et de districts pour leur assistance et leur contribution au bon déroulement de l'enquête. Sans le soutien constant de ces différentes autorités, l'Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé du Rwanda (EIDSR), 2007-2008 n'aurait certainement pas pu être menée à bien.

Nous adressons aussi notre gratitude aux Organisations Internationales pour leur indispensable assistance financière. Les contributions financières de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID/Rwanda), du Fonds Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria (GFTAM), et de l'Initiative Présidentielle pour la Lutte contre le Paludisme (PMI) d'une part, et du Département pour la Coopération Internationale du Royaume Uni (DfID), de la Commission Européenne (CE), et du Programme des Nations Unies pour la Développement (PNUD) à travers le Basket Fund d'autre part, ont été d'une précieuse importance pour 1'accomplissement efficace de l'enquête.

Que l'équipe de Macro International, notamment Docteur Mohamed Ayad, chargé de la formulation et de la coordination du projet, Docteur Rathavuth Hong coordinateur technique de ICF Macro auprès de 1'EIDSR 2007-2008, Madame Monique Barrère et Madame Carole Ayad conseillères technique pour la rédaction des rapports et les autres cadres de ICF Macro ayant participé à la réussite de l'EIDSR 2007-2008 trouvent ici notre profonde gratitude pour leur assistance technique très appréciée. La haute qualité des analyses présentées dans ce rapport témoigne de cet appui.

Nous apprécions profondément l'appui technique spécifique du Programme National Intégré Contre le Paludisme (PNILP), lequel sa participation active tout au long des opérations de l'enquête a témoigné de l'efficacité de la bonne collaboration entre différentes institutions du pays.

L'EIDSR 2007-2008 n'aurait pas abouti sans l'assiduité des cadres de l'Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) qui se sont investis sans relâche pour la bonne marche de l'EIDSR l'enquête notamment Monsieur Jean Philippe GATARAYIHA, Directeur Technique de l'EIDSR 2007-2008, et Monsieur Alphonse RUKUNDO, Directeur Technique Adjoint, qui, en collaboration avec les superviseurs, le personnel administratif d'appui, en ont assuré l'encadrement technique approprié et ont contribué à l'analyse des résultats.

Nous voudrions également adresser nos remerciements les plus sincères au personnel du l'Unité de Gestion des Systèmes d'Information à l'INSR pour le travail de saisie et d'apurement des données, et aux cadres du MINISANTÉ en l'occurrence Docteur Emilien NKUSI et de l'INSR en la personne de Monsieur Abdon Baudouin RUTERANA qui ont apporté des modifications importantes à la version finale du rapport de l'enquête.

Nous adressons nos chaleureuses félicitations aux agents ayant effectué la cartographie, aux chefs d'équipe, contrôleuses, enquêtrices et enquêteurs ainsi qu'aux chauffeurs car ils ont su surmonter les difficultés et la fatigue inhérentes à ce genre d'opération.

Que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette Enquête soient rassurés de notre sincère reconnaissance.

Enfin, que les utilisateurs et utilisatrices de ce document trouvent ici nos vifs remerciements, car ils ont compris la finalité de la production de ce précieux rapport.



SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARBEF	Association Rwandaise pour le Bien-être Familial
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centres de contrôle des maladies et prevention, des États-Unis)
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNLS	Commission Nationale de Lutte contre le Sida
CSPro	Census and Survey Processing
DBC	Distribution à Base Communautaire
DFID	Department for International Development
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif Intra Utérin
DTCoq	Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
EDSR-I	Première Enquête Démographique et de Santé au Rwanda, 1992
EDSR-II	Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Rwanda, 2000
EDSR-III	Troisième Enquête Démographique et de Santé au Rwanda, 2005
EICV	Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages
EIDSR 2007-2008	Enquête Intermédiaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé au Rwanda 2007-2008
ENF	Enquête Nationale sur la Fécondité
ESD	Enquête sociodémographique
FRP	Faire Reculer le Paludisme
FRW	Franc Rwandais
GTZ	Coopération Technique Allemande
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSR	Institut National de la Statistique du Rwanda
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNR	Laboratoire National de Référence
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MIILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durées d'Action
MINECOFIN	Ministère des Finances et de la Planification Économique

NCHS	National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, des États-Unis)
OMD	Objectifs Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNILP	Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RDC	République Démocratique de Congo
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDE	Sections d'énumération
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNR	Service National de Recensement
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TBFS	Taux Brut de Fréquentation Scolaire
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TNFS	Taux Net de Fréquentation Scolaire
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRAC	Treatment and Research AIDS Center
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UPS	Unités Primaires de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

RÉSUMÉ

L'Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé, réalisée du 15 décembre 2007 au 20 avril 2008 fait suite aux trois Enquête Démographiques et de Santé, effectuées en 1992, 2000 et 2005. Au cours de cette enquête intermédiaire, 7 377 ménages ont été enquêtés avec succès. À l'intérieur de ces ménages enquêtés, 7 528 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 7 313 d'entre elles, l'interview a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit à 97 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans tous les ménages enquêtés : au total 7 168 hommes de 15-59 ans ont été identifiés. Parmi ces hommes éligibles, 6 837 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 95 %.

Les résultats de l'enquête montrent que 40 % des femmes et 44 % des hommes ont entre 15 et 24 ans. En outre, environ un tiers des femmes et près d'un homme sur deux étaient célibataires. Concernant le niveau d'instruction, les résultats mettent toujours en évidence un écart entre les femmes et les hommes : en effet, 22 % des femmes n'ont aucune instruction contre 15 % parmi les hommes de 15-49 ans. Seulement 12 % des femmes et 15 % des hommes ont atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus. À ces disparités de genre s'ajoutent des écarts géographiques importants : en milieu rural, 24 % des femmes et 17 % des hommes n'ont aucune instruction contre respectivement 13 % et 9 % en milieu urbain. Néanmoins, les résultats des différentes enquêtes effectuées depuis 1992 mettent en évidence une amélioration du niveau d'instruction de la population rwandaise.

Très peu de ménages rwandais disposent de l'électricité (6 %) ; en milieu rural, cette proportion est de 2 % contre 28 % en milieu urbain. Par conséquent, l'écart constaté lors des précédentes enquêtes entre les milieux urbain et rural persiste. Les résultats concernant l'approvisionnement en eau de boisson montrent qu'au niveau global, seulement 41 % des ménages consomment de l'eau salubre ; En ce qui concerne les toilettes, les résultats montrent que 56 % des ménages utilisent des latrines améliorées. Dans l'ensemble, 3 % des ménages ne possèdent pas de toilettes.

FÉCONDITÉ

L'analyse des données de l'EIDSR montre que la fécondité des femmes rwandaises reste élevée. L'Indice Synthétique de Fécondité est estimé à 5,5 enfants par femme et il varie de 4,7 enfants par femme en milieu urbain à 5,7 enfants par femme en milieu rural. Cependant la comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes met en évidence une tendance à la baisse du niveau de fécondité au Rwanda, ce nombre moyen d'enfants étant passé de 6,2 en 1992 à 5,8 en 2000 pour atteindre 5,5 en 2007-2008.

De plus, ce nombre moyen d'enfants par femme tend à diminuer avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme et avec l'augmentation du niveau de vie du ménage. Les résultats selon les provinces montrent que dans les provinces de l'Est et de l'Ouest, la fécondité est plus élevée que dans les autres provinces.

PLANIFICATION FAMILIALE

Prévalence contraceptive. Au moment de l'enquête, 36 % des femmes en union utilisaient une méthode de contraception et 27 % utilisaient une méthode moderne, essentiellement des méthodes injectables et la pilule. Ce niveau d'utilisation de la contraception parmi les femmes en union a augmenté depuis 2000, la prévalence étant passée de 13 % à 36 % pour toutes les méthodes et de 4 % à 27 % pour les seules méthodes modernes. Les résultats de l'enquête montrent que la prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction des femmes, variant de 19 % parmi les femmes sans instruction à 29 % parmi celles ayant un niveau primaire et à un maximum de 43 % parmi celles ayant un niveau au moins secondaire. De même, l'utilisation de la contraception augmente avec l'amélioration du niveau de vie du ménage dans lequel vit la femme.

PRÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Concernant les préférences en matière de fécondité, les résultats montrent que 48 % des femmes ont exprimé le souhait de ne plus avoir

d'enfants ; à l'opposé, 44 % des femmes ont déclaré souhaiter d'autres enfants : parmi elles, la majorité a déclaré vouloir espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus alors que 7 % désireraient un enfant rapidement, c'est-à-dire dans les 2 ans.

Le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes est de 3,3. Pour les femmes en union, il s'établit à 3,6. Ce nombre idéal est inférieur à l'ISF (5,5).

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Consultations prénatales. La quasi-totalité des femmes ont consulté un professionnel de la santé durant la grossesse de la naissance la plus récente (96 %). Cependant, dans seulement 24 % des cas, les mères ont effectué au moins quatre visites prénatales durant la grossesse, comme cela est recommandé par l'OMS et par le gouvernement rwandais. En outre, pour 33 % des femmes, la première visite prénatale a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse alors qu'il est recommandé de consulter un prestataire de santé à moins de 4 mois de grossesse. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 5,4 et il est inférieur en milieu rural par rapport au milieu urbain (5,0 contre 5,4).

Au cours des visites prénatales, très peu de femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse (8 %). La mesure du poids et la prise de la tension artérielle sont les mesures les plus fréquemment effectuées pendant les consultations prénatales, respectivement, 98 % et 87 %. Dans 71 % des cas, un prélèvement sanguin a été effectué mais pour seulement 18 % des femmes enceintes, on a effectué un prélèvement urinaire. Un peu plus d'une femme sur deux s'est protégée contre le paludisme en prenant des antipaludéens (54 %) mais seulement 18 % ont pris des médicaments contre les parasites intestinaux. En outre, dans 41 % des cas, les femmes ont bénéficié d'une supplémentation en fer.

Accouchement. Près d'une femme sur deux (49 %) accouche toujours à domicile au Rwanda et 12 % ne bénéficient d'aucune assistance durant leur accouchement. Cependant, dans 40 % des cas, les femmes accouchent avec l'assistance d'infirmière ou de sage-femme. Chez les femmes les plus instruites et chez celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche, cette proportion est respectivement de 59 % et de 52 %.

Vaccination des enfants. L'objectif du PEV au Rwanda qui vise à faire vacciner tous les enfants avant l'âge de 12 mois n'est toujours pas atteint. En effet, les résultats montrent que 80 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins. Parmi ces enfants, 74 % avaient reçu tous les vaccins avant 12 mois. C'est parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction que la couverture vaccinale est la plus faible (77 %). Cependant, les résultats montrent une amélioration de la couverture vaccinale des enfants. depuis 2000, la proportion étant passée de 76 % à 80 %.

Maladies des enfants. Au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête, 15 % des enfants de moins de 5 ans ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide, 21 % ont eu de la fièvre et 14 % ont eu la diarrhée.

Des traitements ou des conseils ont été recherchés pour 28 % des enfants ayant souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide. Un peu plus d'un tiers des enfants ayant eu de la fièvre ont été conduits dans un établissement de santé (35 %). Parmi les enfants ayant souffert de diarrhée, un tiers a été conduit en consultation. Près de deux enfants ayant eu la diarrhée sur cinq ont été traités à l'aide d'une TRO (39 %). À l'opposé, 42 % des enfants ayant eu la diarrhée n'ont reçu aucun traitement ; parmi les enfants des ménages les plus pauvres, cette proportion atteint 54 %.

NUTRITION

Pratiques d'allaitement. L'allaitement est une pratique générale au Rwanda : en effet, 98 % des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités. Cependant, seulement 68 % ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance et 21 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.

Micronutriments. Près des trois-quarts des enfants de 6 à 59 mois ont reçu au cours des six mois ayant précédé l'enquête, des suppléments de vitamine A (72 %). En outre, près de sept enfants sur dix ont été traités avec des vermifuges mais dans seulement 8 % des cas, les enfants ont reçu une supplémentation en fer.

Anémie. Au Rwanda, un peu plus d'un quart des femmes souffrent d'anémie (27 %) : 15 % sous sa forme légère; 8 % sous sa forme modérée et 4 % sous sa forme sévère. C'est dans la ville de Kigali que la prévalence de l'anémie est la plus élevée (40 %).

Près d'un enfant sur deux est anémique (48 %), 21 % sous la forme légère, 18 % sous la forme modérée et 8 % sous la forme sévère. De même que chez les femmes, c'est dans la ville de Kigali que la proportion d'enfants anémiques est la plus élevée : 56 %.

PALUDISME

Possession des moustiquaires. Au Rwanda, 59 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire. Les ménages du milieu urbain (69 %), ceux de la Ville de Kigali (71 %) et ceux du quintile le plus riche (72 %) en possèdent plus fréquemment que les autres. Par rapport à la précédente enquête réalisée en 2005, cette proportion a augmenté de manière importante, puisque à cette date seulement 18 % des ménages possédaient au moins une moustiquaire. De même, 57 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire imprégnée et, dans une proportion équivalente (56 % des cas), ils possèdent une MIILDA.

Utilisation des moustiquaires. Plus de six enfants de moins de cinq ans sur dix ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (60 %). La proportion de ceux qui ont dormi sous une MII est un peu plus faible (56 %).

En ce qui concerne les femmes, les résultats montrent que 49 % des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire au cours de la nuit ayant précédé l'interview. Parmi les femmes enceintes, cette proportion est beaucoup plus importante (65 %). En outre, 55 % des femmes se sont protégées du paludisme pendant leur grossesse en prenant, à titre préventif, des antipaludéens. Parmi les femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire, cette proportion est de 59 % mais parmi celles sans instruction, elle n'est que de 47 %. Les résultats montrent aussi que 51 % des femmes ont reçu un Traitement Préventif Intermittent, quelle que soit la dose ; dans 17 % des cas, les femmes ont reçu au moins deux doses de TPI au cours d'une visite prénatale.

Fièvre et traitement précoce chez les enfants. Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre, seulement 6 % ont pris des antipaludéens et une proportion très faible a été traitée le jour même où la fièvre est survenue (moins d'un pour cent).

Test de diagnostic du paludisme. Pour seulement 2,6 % des enfants de 6-59 mois ayant effectué le test du paludisme, sont infectés avec au moins une forme des parasites du paludisme. C'est dans la région Est que cette proportion est la plus élevée (5,3 %). Les femmes sont moins infectées par le paludisme que les enfants (1,4 %), et les femmes rurales sont plus touchées que celles du milieu urbain (1,5 % contre 1,1 %). Même que les enfants, on constate que les femmes de la province de l'Est sont plus touchées par le paludisme (2,9 %) que celles des autres provinces et de la ville de Kigali.

MORTALITÉ DES ENFANTS

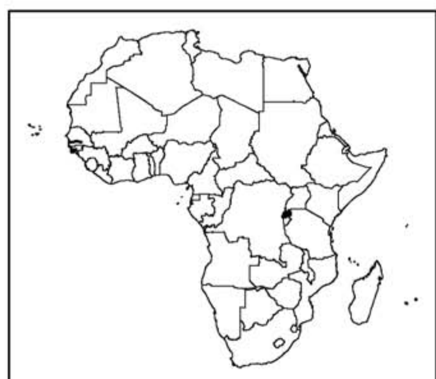
La mortalité des enfants reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 62 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (28 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 34 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 43 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 103 pour 1 000 naissances. Cependant, il semble que le niveau de la mortalité des enfants ait diminué depuis le génocide et que cette baisse se soit accélérée dans la période récente.

CIRCONCISION

Au Rwanda, seulement 12 % des hommes de 15-59 ans ont été circoncis. Il semble cependant que cette pratique soit plus fréquente dans les jeunes générations que dans les anciennes, la proportion d'hommes circoncis étant passée de 6 % parmi ceux de 55-59 ans à 15 % parmi ceux de 25-29 ans. En outre, environ sept hommes sur dix (70 %) ont déclaré avoir été circoncis par un professionnel de la santé et, dans pratiquement deux tiers des cas, (64 %) c'est pour des raisons de santé et d'hygiène que cette intervention a été effectuée.

RWANDA

Ouganda
République
Démocratique
du Congo
Nord
Est
Ouest
Lac
Kivu
Ville de
Kigali
Sud
Tanzanie
Burundi
0 25 50 Kilomètres
N



PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE 1

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Géographie

Le Rwanda est un pays situé en Afrique Centrale, au sud de l'Équateur entre 1°4' et 2°51' de latitude Sud et entre 28°39' et 30°54' de longitude Est. D'une superficie de 26 338 km², le Rwanda est entouré par l'Ouganda au nord, la Tanzanie à l'est, la République Démocratique du Congo à l'ouest et le Burundi au sud. Sans accès à la mer, le Rwanda est enclavé et se situe, à vol d'oiseau, à 1 200 km de l'océan Indien et à 2 000 km de l'océan Atlantique.

Le Rwanda qui se rattache morphologiquement aux Hautes Terres de l'Afrique centrale et orientale est caractérisé par un relief montagneux d'une altitude moyenne de 1 700 m. Cependant, trois grandes unités peuvent être distinguées.

L'ouest et le centre-nord du pays présentent un relief montagneux constitué de la crête Congo Nil et de ses contreforts, de la chaîne de Birunga (volcans) ainsi que des hautes Terres du Nord. Cet ensemble est caractérisé par un relief abrupt et disséqué avec des vallées encaissées. Mises à part ces vallées, l'altitude y est supérieure à 2 000 m. La crête culmine à 3 000 m d'altitude mais reste, à son tour, dominée par la chaîne des volcans dont le plus haut, le Kalisimbi, culmine à 4 507 m d'altitude. Cette crête Congo Nil domine le lac Kivu qui occupe le graben du rift et se situe à 1 460 m d'altitude.

Au centre du pays, le paysage montagneux cède la place à un relief de collines qui a valu au Rwanda son nom de « pays des milles collines ». L'altitude varie, en moyenne, entre 1 500 et 2 000 m. C'est une morphologie faiblement disséquée appelée aussi plateau central.

Plus à l'est, s'étend une vaste zone de plateaux dits « plateaux de l'est » où le relief de collines s'estompe au profit d'un relief plat, monotone, découpé de quelques collines et de vallées lacustres. L'altitude tombe généralement en dessous de 1 500 m.

Sur le plan climatique, le Rwanda jouit d'un climat sub-équatorial tempéré par l'altitude. La température annuelle moyenne oscille autour de 18,5°C tandis que la pluviométrie, de l'ordre de 1 250 mm en moyenne, varie entre deux saisons des pluies inégales qui alternent avec une petite et une grande saison sèche. Le climat connaît cependant des nuances régionales qui restent, en général, calquées sur les étages situées en altitude. La région de la crête des volcans et des Hautes Terres du Nord jouissent d'un climat frais (16°C en moyenne) et humide avec une pluviométrie moyenne supérieure à 1 300 mm mais pouvant dépasser 1 600 mm au-dessus de la crête et des montagnes volcaniques. La région des collines du Centre reçoit, en moyenne, entre 1 000 mm et 1 300 mm de pluie par an. Le plateau de l'est connaît un climat relativement chaud et faiblement arrosé avec des quantités annuelles de pluies généralement inférieures à 1 000 mm, le minimum variant autour de 800 mm. Avec des températures quasi constantes, le climat du Rwanda reste cependant caractérisé par des variabilités interannuelles, voire des irrégularités, notables de pluies marquées par des excès et surtout des déficits. Ces perturbations affectent profondément la production agricole qui enregistre parfois des périodes de crise.

L'hydrographie du pays est caractérisée par un réseau dense de rivières. En dehors de la façade ouest de la crête Congo Nil dont le drainage se fait vers le fleuve Congo, le reste du pays est drainé vers le

Nil par la rivière Akagera qui collecte presque toutes les rivières de ce bassin. L'hydrographie reste aussi caractérisée par plusieurs lacs entourés de marécages.

La déforestation, liée essentiellement à l'extension des espaces cultivés, a donné lieu à une végétation anthropique où ne subsistent que quelques lambeaux de forêts naturelles (7 % du territoire) situées sur la crête Congo Nil et sur les montagnes volcaniques.

Le pays compte actuellement quatre provinces (Nord, Sud, Est, et Ouest) et la Ville de Kigali, subdivisées à leur tour en 30 districts, 415 secteurs, puis en cellules et enfin en villages (Imidugudu). Ce rapport se base sur la nouvelle délimitation géographique (quatre provinces et la Ville de Kigali).

1.1.2 Économie

Bien que des efforts soient régulièrement fournis pour développer le secteur des services et pour stimuler les investissements dans le secteur industriel, l'agriculture occupe toujours une place prépondérante dans l'économie du Rwanda. Les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2002 montrent que plus de 8 personnes sur 10 sont employées dans l'agriculture dont 81 % des hommes et 93 % des femmes (SNR, 2005). Ce secteur agricole connaît, néanmoins, des contraintes majeures dues à un système de production caractérisé par de petites exploitations d'une superficie inférieure à 1 hectare, des techniques rudimentaires et un faible taux d'investissement. Pour remédier à ces problèmes, on a procédé progressivement à une réforme agraire, notamment le regroupement de la population et l'amélioration de la qualité de la main-d'œuvre, surtout féminine, par un encadrement spécialisé. On procède également par la régionalisation des cultures et la vulgarisation des intrants (MAAR, 2004).

Au cours des deux dernières années, le secteur des services a dominé le PIB du Rwanda. En effet, en 2007, la part des services dans le PIB était de 45 %, suivi de l'agriculture avec 36 % et de l'industrie qui représentait 14 % du PIB en prix courants.

Toutefois la production agricole en 2007 a enregistré une légère hausse de 1 % par rapport à son niveau de 2006. Cette hausse est due à l'augmentation de la production des cultures vivrières (+2 %) dont les légumineuses (+12 %) et les bananes (+2 %) atténuée par la diminution du niveau des céréales (-1 %) et tubercules (-4 %) par rapport à l'année 2006. Parmi les cultures d'exportation, le café a enregistré une baisse de 45 % par rapport à l'année 2006.

En 2007, la valeur ajoutée des industries a enregistré une croissance de 10 %. Les mines et carrières ont enregistré une hausse significative de 38 % par rapport à l'année 2006. De même, en 2007, la valeur ajoutée des services a augmenté de 13 %. Le commerce de gros et de détail, les restaurants et hôtels, les transports, entreposages et communications, les finances et assurances, l'éducation, la santé et les autres services personnels sont les domaines qui ont essentiellement contribué à la hausse de cette valeur ajoutée.

Le PIB par tête au prix constant de 2001 était de 201 000 Frw en 2007 contre 173 000 Frw en 2006. La valeur ajoutée de la consommation finale a augmenté de 6 % par rapport à l'année 2006. Les dépenses de consommation privée ont augmenté de 7 %, tandis que celles de l'administration publique ont diminué de 1 % en 2007 par rapport à l'année 2006.

L'enquête démographique et de santé a montré que 86 % des femmes travaillaient dans l'agriculture contre 62 % des hommes. En outre, 14 % des hommes contre 6 % des femmes exerçaient un travail non qualifié.

Les résultats de l'EIDSR ont montré qu'en milieu urbain, 59 % des ménages appartenaient au quintile le plus riche contre seulement 12 % en milieu rural. À l'opposé, en milieu urbain, seulement 9 % des ménages étaient classés dans le quintile le plus pauvre contre 18 % en milieu rural.

Enfin, la plupart des stratégies de développement basées sur les programmes d'ajustement structurel et qui se focalisent essentiellement sur la croissance mesurée en termes de PIB par tête d'habitant ayant généralement échoué, tous les partenaires au développement reconnaissent d'un commun accord qu'il faut intégrer la dimension sociale dans la stratégie globale du développement. C'est ainsi que de nouvelles initiatives, qui mettent la croissance économique pro pauvre et la réduction de la pauvreté au centre des préoccupations, ont été prises en vue de redresser les économies des pays en développement (MFEP, 2007). Le Rwanda a, lui aussi, opté pour cette nouvelle orientation.

1.1.3 Population

La population du Rwanda est estimée actuellement à 9 309 619 d'habitants. En 1994, le pays a enregistré des pertes en vies humaines importantes (plus d'un million de personnes) dues au génocide, mais l'effectif de la population rwandaise est resté pratiquement le même étant donné que, parallèlement, plus d'un million d'anciens réfugiés en exil depuis plusieurs années sont rentrés massivement après la fin de la guerre et du génocide en 1994.

L'étude de la densité montre une forte concentration de la population sur tout le territoire ; en 2007, la densité était estimée à 368 habitants par km².

Du point de vue de sa structure, on constate que la population rwandaise est essentiellement jeune. En effet, les personnes âgées de moins de 20 ans représentent 67 % de la population totale.

En ce qui concerne la structure par sexe, les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2002) ont mis en évidence un léger déséquilibre en faveur des femmes (52 % contre 48 % d'hommes).

Par ailleurs, on constate une diminution du taux d'analphabétisme au Rwanda entre 2000 et 2005. En effet, entre les deux enquêtes, le taux est passé, chez les femmes, de 34 % à 29 % et chez les hommes de 24 % à 22 %. À l'opposé, 70 % des femmes contre 78 % des hommes savent lire et écrire et peuvent être considérés comme alphabétisés. Le niveau d'instruction de la population de 6 ans et plus reste également faible. D'après les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2005 (EDSR-III, 2005), 23 % des femmes étaient sans instruction contre 17 % des hommes ; près de 67 % des femmes et 70 % des hommes n'ont atteint que le niveau primaire. Seulement près de 11 % des hommes et 9 % des femmes ont le niveau secondaire tandis que la proportion de personnes ayant atteint le niveau supérieur se situe à environ 1 %.

Les résultats selon la religion montrent que 96 % des femmes et 95 % des hommes sont chrétiens contre respectivement 1,8 % et 2 % pour la religion musulmane.

Du point de vue linguistique, la quasi-totalité de la population rwandaise parle la même langue, le Kinyarwanda (plus de 99 % de la population), qui est la première langue officielle suivie du Français et de l'Anglais. Le Kiswahili, troisième langue étrangère, relativement fréquente dans le pays, est, en général, parlé en milieu urbain et dans les provinces voisines des pays où cette langue est largement parlée (République Démocratique du Congo, Tanzanie).

1.1.4 Politique de Population

Soucieux d'améliorer le niveau et la qualité de la vie de la population, les pouvoirs publics ont, à travers le temps et, particulièrement, depuis les années 1980, cherché des stratégies susceptibles d'assurer l'adéquation entre la croissance démographique et les ressources disponibles.

C'est dans ce cadre qu'en 1982 a été lancé un programme de planification familiale qui comportait la formation du personnel, l'amélioration de l'accessibilité des services et surtout la sensibilisation de la population à la planification familiale à l'aide des communicateurs de base (Abakangurambaga). Par la suite en 1990, une politique de population a été élaborée et adoptée. Elle visait à ralentir l'accroissement démographique en réduisant la fécondité grâce à la planification familiale. Cependant d'autres éléments comme l'augmentation de la production, l'amélioration de la santé publique, l'aménagement du territoire, la formation, l'éducation et la scolarisation, l'emploi et la promotion féminine, ont été pris en compte afin de créer un environnement favorable, permettant une modification des comportements pouvant induire une baisse de la fécondité (Ministère de la Santé, 2008).

Après le génocide de 1994, le gouvernement du Rwanda a pris conscience des liens entre la dynamique de la population et le développement socio-économique et, plus précisément, de la nécessité de la prise en compte des variables démographiques dans les plans et programmes de développement économique et social. C'est dans ce cadre que le Gouvernement du Rwanda a procédé, en 2003, à l'adoption d'une politique de population (SNR, 2005). Cette politique a pour but principal l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations. Elle repose sur des objectifs qui sont, entre autres, le ralentissement de l'accroissement démographique, la gestion rationnelle des ressources naturelles, la sécurité alimentaire, l'accès pour tous les enfants à l'enseignement primaire et secondaire en privilégiant l'enseignement technique et professionnel et la technologie de l'information, la bonne gouvernance, l'égalité des chances et la participation des hommes et des femmes au développement.

1.1.5 Politique de Santé de la Population

Dans le but d'améliorer l'état de santé de la population, le Ministère de la Santé a développé une politique de santé communautaire pour créer des services de soins de santé au niveau de la communauté. Tous les aspects sociodémographiques de la population ont été pris en compte pour garantir un accès équitable aux services de santé et une prestation des services de santé de qualité égale pour tous. Par l'instauration de cette politique, le gouvernement recommande la participation active de la population dans la planification, l'exécution le suivi et l'évaluation des programmes et projets ; de même, il encourage fermement la communauté à faire part de ses recommandations et à faire connaître ses points de vue.

En mars 2005, le gouvernement du Rwanda a adopté la Politique du secteur de la santé (Ministère de la Santé, 2005a) et le Plan stratégique du secteur de la santé 2005-2009 (Ministère de la Santé, 2005b), réalisant ainsi sa vision globale d'un projet qui garantit l'accès à la santé et le bien-être à toute la population, et qui, en outre, augmente la production et réduit la pauvreté. Le secteur de la santé a pour mission d'améliorer et de garantir de bonnes conditions sanitaires pour la population en mettant à sa disposition des services préventifs de qualité et des services de soins curatifs dans un système de soins de santé efficace.

Pour remplir cette mission, le ministère de la Santé a ciblé les objectifs/programmes suivants :

- garantir la disponibilité des ressources humaines pour la santé ;
- garantir la disponibilité de médicaments, de vaccins et d'autres approvisionnements médicaux de qualité ;

- garantir l'accessibilité géographique à la population pour accéder aux services de soins ;
- fournir des soins et des services à un coût abordable ;
- améliorer la qualité et le contrôle des services de maladies préventives ainsi que la demande pour de tels services ;
- améliorer les hôpitaux nationaux et les instituts de recherche ;
- renforcer les capacités institutionnelles des programmes nationaux et des institutions.

L'un des problèmes majeurs qui se pose au système de santé du Rwanda est de résoudre, dans un contexte de pauvreté, les deux défis financiers qui sont, d'une part, l'amélioration de l'accès financier et de l'égalité d'accès au système de santé et, d'autre part, la mobilisation des ressources internes pour accroître la viabilité financière des services de santé. Le Gouvernement Rwandais a mis en place un système de mutuelles de santé pour répondre à trois objectifs spécifiques : (1) améliorer l'accès financier aux soins de santé (2) améliorer la situation financière des établissements de santé et (3) améliorer globalement l'état de santé de la population. Un système d'assurance mutuelle devrait faciliter l'utilisation des services de santé par la population.

Le Gouvernement du Rwanda a mis un accent particulier sur les composants prioritaires de la santé de la reproduction que sont la maternité à moindres risques et la santé des enfants, la planification familiale, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), le VIH/sida, la santé de la reproduction chez les adolescents, la prévention et la prise en charge des violences sexuelles et les changements sociaux pour accroître le pouvoir de décision de la femme.

Les allocations budgétaires du gouvernement au secteur de la santé ont augmenté substantiellement au cours des dernières années, atteignant une augmentation nominale triple (304 %) entre 2002 et 2007. La proportion du budget courant du gouvernement allouée à la santé en 2007 est de 8,8 % (Health Public Expenditure Review 2006-2007, Gouvernement du Rwanda).

1.2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé au Rwanda (EIDSR, 2007-2008) est la première enquête de ce genre. Elle a été précédée de trois enquêtes démographiques et de santés effectuées en 1992, 2000 et 2005. L'EIDSR s'intègre dans le programme international des enquêtes démographiques et de santé. Elle a été commanditée par le Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère des Finances et de la Planification Économique, et conduite par l'Institut National de la Statistique du Rwanda avec l'assistance technique de Macro International. Cette enquête a été exécutée avec l'appui financier du Gouvernement du Rwanda par le biais du Ministère de la Santé et du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculoses, et le Paludisme (Project Controlling Malaria in Rwanda), de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID/Rwanda), de le President's Malaria Initiative, et du Basket Fund de l'INSR (DFID, Commission Européenne, et PNUD). Elle a été réalisée sur un échantillon représentatif de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans.

L'EIDSR, avait pour objectifs principaux de :

- recueillir des données à l'échelle nationale qui permettent de calculer des taux démographiques essentiels, plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infantile et infanto-juvénile et d'analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et la tendance de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;

- mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes et des hommes ;

- recueillir des données sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée, des Infections des Voies Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales et assistance à l'accouchement ;
- recueillir des données sur la prévention et sur le traitement du paludisme, en particulier la possession et l'utilisation de moustiquaires, la prévention du paludisme chez les femmes enceintes ;
- recueillir des données sur les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement ;
- Recueillir les données sur la circoncision auprès des hommes de 15-59 ans ;
- effectuer des prélèvements de sang dans tous les ménages de l'enquête pour le test de l'anémie auprès des femmes de 15-49 ans, des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans ;
- effectuer des prélèvements de sang dans tous les ménages de l'enquête pour les tests d'hémoglobine et de détection du paludisme auprès des femmes de 15-49 ans, des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans.

1.2.1 Échantillonnage

L'échantillon de l'EISDR est un échantillon aréolaire, stratifié à deux degrés. L'unité primaire de sondage est la grappe. Cette grappe est constituée de la zone de dénombrement (ZD). La ZD a été définie en 2002 dans le Recensement Général de la Population, RGPH.

Ces ZD ont servi d'échantillon-maître pour le tirage des 250 grappes (187 rurales et 63 urbaines) qui ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Parmi ces grappes, seulement 249 ont été enquêtées car une grappe située dans un camp de refugié a dû être retirée de l'échantillon. Une allocation strictement proportionnelle aurait donné lieu à un très faible nombre de ménages urbains dans certaines provinces. Il a donc fallu échantillonner légèrement le milieu urbain pour pouvoir disposer d'un nombre de ménages suffisant en vue de produire des estimations fiables dans les zones urbaines. Au second degré, un échantillon de ménages a été sélectionné dans ces ZD. Afin de garantir la précision attendue des indicateurs, on a limité le nombre de ménages à tirer à 30 ménages par grappe. À cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, et du fait qu'on a fixé le nombre de ménages dans chaque grappe, des taux de pondération ont été utilisés pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national et au niveau régional.

Tableau 1.1 Résultats des enquêtes ménage et individuelle

Effectif de ménages, de femmes et d'hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés et taux de réponse (non pondéré) par milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Résultats	Milieu de résidence: Urbain	Milieu de résidence: Rural	Total
Enquête ménage			
Nombre de ménages sélectionnés	1 863	5 606	7 469
Nombre de ménages identifiés	1 839	5 576	7 415
Nombre de ménages enquêtés	1 821	5 556	7 377
Taux de réponse des ménages	99.0	99.6	99.5
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	2 046	5 482	7 528
Effectif de femmes éligibles enquêtées	1 974	5 339	7 313
Taux de réponse des femmes éligibles	96,5	97,4	97,1
Enquête individuel homme			
Effectif d'hommes éligibles	2 056	5 112	7 168
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	1 946	4 891	6 837
Taux de réponse des hommes éligibles	94,6	95,7	95,4

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans qui étaient, soit des résidentes habituelles des ménages sélectionnés, soit des visiteuses y ayant passé la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées (7 528 femmes). En outre, un échantillon d'hommes de 15-59 ans qui étaient, soit des résidents habituels des ménages sélectionnés, soit des visiteurs y ayant passé la nuit précédant l'enquête, étaient

éligibles pour l'enquête (7 168 hommes). De plus, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les enfants de moins de cinq étaient éligibles pour les tests d'anémie et de détection du paludisme.

L'EIDSR visait la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires à travers tout le pays. Un échantillon national de 7 469 ménages (1 863 dans le milieu urbain et 5 606 dans le milieu rural) a été sélectionné. L'échantillon était au départ stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 4 provinces et la Ville de Kigali, capitale du pays.

1.2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EIDSR 2007-2008 : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme et le Questionnaire Homme. Les contenus de ces questionnaires sont basés sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS.

Les premières réunions techniques qui se sont tenues dès septembre 2007 ont permis à un large éventail d'agences gouvernementales, mais aussi d'organisations locales et internationales, d'apporter leur contribution à l'élaboration des questionnaires. Sur la base de ces discussions, les questionnaires modèles DHS ont été modifiés pour refléter les besoins des utilisateurs et les problèmes pertinents qui se posent dans les domaines de la population, de la planification familiale, de l'anémie, du paludisme et dans d'autres domaines de la santé du Rwanda. Ces questionnaires ont été traduits du français en kinyarwanda. Les questionnaires ont été finalisés en décembre 2007, avant que ne se déroule la formation des enquêteurs et enquêtrices.

Le questionnaire Ménage a été utilisé pour établir la liste de tous les membres habituels du ménage et des visiteurs dans les ménages sélectionnés. De plus, des informations sur les caractéristiques de chaque personne listée, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le lien de parenté avec le chef de ménage ont été collectées. L'objectif principal du Questionnaire Ménage est d'identifier les femmes et les hommes qui seront éligibles pour l'Enquête Individuelle. Le questionnaire Ménage a également permis de collecter des informations sur les caractéristiques du logement telles que la source d'approvisionnement de l'eau, le type de toilettes, les matériaux de revêtement du sol du logement, la source principale d'énergie utilisée pour cuisiner et la possession de divers biens durables. Enfin, le Questionnaire Ménage a aussi été utilisé pour identifier les femmes et les enfants éligibles pour les tests d'hémoglobine (pour l'anémie) et de détection du paludisme.

Le Questionnaire Femme a été utilisé pour collecter les informations sur les femmes en âge de reproduction (15-49 ans). On a posé à ces femmes des questions portant sur les domaines suivants :

- caractéristiques sociodémographiques ;
- état matrimonial ;
- histoire génésique ;
- connaissance et utilisation des méthodes de planification familiale ;
- préférences en matière de fécondité ;
- soins prénatals et accouchements ;
- pratiques d'allaitement ;
- vaccinations et maladies infantiles.

Le Questionnaire Homme a été administré à tous les hommes de 15-59 ans vivant dans les ménages sélectionnés. Le questionnaire Homme a permis de collecter les mêmes informations que le Questionnaire Femme, à la seule différence qu'il ne comporte pas d'historique des naissances ou des questions sur la santé maternelle et infantile ou la nutrition. En outre, le questionnaire Homme a permis de collecter des informations sur la circoncision.

La collecte des données de l'EIDSR 2007-2008, y compris les prélèvements de sang pour les tests d'anémie et de détection du paludisme, se sont déroulés du 15 décembre 2007 au 20 avril 2008.

1.2.3 Tests d'hémoglobine et de détection du paludisme

Toutes les femmes éligibles de 15-49 ans et les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour les tests d'anémie et de paludisme. Le protocole de test pour l'anémie et le paludisme a été approuvé par Institutional Review Board (IRB) de Macro International à Calverton, Maryland USA et par le Comité National d'Ethique au Rwanda.

1.2.4 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode de diagnostic de l'anémie et le test est effectué en utilisant le système HemoCue. Une déclaration de consentement informé est lue à l'enquêté éligible ou au parent ou adulte responsable dans le cas de jeunes enfants et d'adolescents de 15-17 ans. Cette déclaration de consentement a, tout d'abord, pour objectif de demander l'autorisation des personnes avant d'effectuer le test et ensuite d'expliquer le but du test et d'informer les personnes qui effectuent le test ainsi que les personnes qui s'occupent des enfants que les résultats seront disponibles dès que le test sera terminé.

Avant le prélèvement du sang, le doigt est nettoyé avec un tampon alcoolisé. On laisse ensuite le doigt sécher à l'air libre puis on fait une incision sur la surface palmaire de l'extrémité du doigt (ou au talon pour les enfants de moins de 6 mois ou de moins d'un an car la peau à cet endroit est particulièrement fine) à l'aide d'une lancette auto-rétractable, stérile et non-réutilisable ; On récupère une goutte de sang dans la microcuvette HemoCue et on l'insère dans le photomètre qui affiche le niveau d'hémoglobine. Les résultats sont ensuite enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne qui a effectué le test ou au parent ou adulte responsable s'il s'agit d'un enfant en expliquant la signification des résultats. À chaque personne dont le résultat du test a mis en évidence un niveau d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl, ou moins de 9 g/dl pour les femmes enceintes), un papier de traunfert a été fourni pour obtenir des soins dans les centres de santé locaux.

1.2.5 Test de détection du paludisme

En outre, un test de détection du paludisme a été inclus dans l'EIDSR 2007-2008. Le test a été réalisé dans le même groupe de femmes et d'enfants ayant effectué le test d'anémie ; présenté séparément pour le test du paludisme, le consentement informé a été obtenu de la même manière pour les différents groupes d'âges que pour le test d'anémie. Pour chaque enquêté, une lame de frottis de sang épais a été préparée, transmise et stockée au laboratoire du PNILP pour un examen au microscope des parasites du paludisme.

Pour le test du paludisme, on a utilisé une goutte de sang provenant du même prélèvement sanguin que pour le test de l'anémie. En utilisant une petite pipette (fournie avec le kit de test) 10 µL de sang ont été prélevées et placées dans le puits contenant des anticorps. Le sang et les anticorps ont été mélangés avec l'extrémité supérieure de la pipette. Les pieds du support de la bandelette ont été placés dans les trous à côté du puits-conjugué**,** de manière à ce que l'extrémité de la bandelette touche le fond du puits conjugué. Après un temps d'attente de 10 minutes, la bandelette a été transférée dans le puits de lavage où elle a été lavée pendant 10 minutes pour que la bande de contrôle soit clairement visible et que le résultat puisse être évalué. Le couvercle (fourni) a été posé sur les puits ; les puits ont ensuite été rompus et détachés des deux pieds de la pièce en plastique en les cassant. La bandelette découverte a été glissée dans le pied de la pièce, ce qui permet de pouvoir la manipuler en toute sécurité et de la garder pour pouvoir s'y référer.

Les résultats du test du paludisme ont été enregistrés dans le questionnaire Ménage, ce qui a permis de lier les résultats aux caractéristiques des enquêtés.

L'INS du Rwanda en collaboration avec le PNILP et d'autres services concernés du Ministère de la Santé ont préparé une brochure d'information sur le paludisme et ont fourni un traitement aux enquêtés dont les résultats du test s'étaient révélés positifs. Ces brochures ont été distribuées aux participants de l'enquête, cela qu'ils aient accepté ou non d'effectuer le test de détection du paludisme.

1.2.6 Formation et collecte des données

En collaboration avec l'équipe technique, l'administration de l'INS a recruté 70 personnes pour participer, sur le terrain, à la collecte des données. La formation a comporté deux phases, l'une théorique et l'autre pratique. La période de formation s'est étendue sur une période de 3 semaines, du 20 novembre au 11 décembre 2007 ; elle a comporté une phase pratique sur le terrain pendant 3 jours dans les zones urbaines et rurales qui n'étaient pas sélectionnées pour l'enquête.

Après la formation sur le terrain, ce personnel de terrain a été réparti en 13 équipes, chacune composée d'un chef d'équipe, d'un contrôleur et de 3 enquêteurs. Un technicien de laboratoire du PNILP a été incorporé à chaque équipe pour les tests d'anémie et de détection du paludisme. Les techniciens de laboratoire étaient qualifiés, sur le plan médical, pour effectuer toutes les procédures de collecte de sang et réaliser les tests d'anémie et de paludisme sous la supervision de l'équipe technique du PNILP, avec l'assistance de Macro International.

La collecte des données a débuté le 15 décembre 2007 dans la zone de la ville de Kigali, ce qui a permis une supervision étroite des équipes avant qu'elles ne se rendent dans des endroits plus éloignés. Après 2 semaines, toutes les équipes, à l'exception d'une qui est restée dans la ville de Kigali pour achever le travail, ont été envoyées dans leurs zones de travail respectives. La collecte des données s'est achevée le 20 avril 2008.

1.2.7 Traitement des données

La saisie des données a débuté le 7 janvier 2008, trois semaines après le début des opérations de collecte sur le terrain. La saisie des données a été effectuée par une équipe de cinq opérateurs recrutés et formés par le personnel de Macro International. L'équipe de saisie des données a été renforcée pendant le travail par un opérateur supplémentaire. Les questionnaires ont été régulièrement envoyés du terrain au personnel de l'Institut National de la Statistique à Kigali qui était chargé de la vérification et de la codification des questions. Les questionnaires étaient ensuite transmis au personnel de la saisie des données. Les données ont été saisies en utilisant CSPro, un programme informatique développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le programme MEASURE DHS de Macro International et Serpro S.A. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie dans le but d'éliminer le plus d'erreurs de saisie possible des fichiers. En outre, un programme de contrôle de qualité a permis de détecter des erreurs de collecte de chaque équipe. Ces informations ont été communiquées aux équipes de terrain au cours des visites de supervision pour améliorer la qualité des données. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées le 14 mai 2008.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES 2

Ce chapitre présente certaines caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des ménages enquêtés ainsi que certaines caractéristiques de l'environnement dans lequel vivent les ménages.

Tous les résidents habituels de chaque ménage sélectionné, ainsi que tous les visiteurs ayant dormi dans ce ménage la nuit ayant précédé l'interview, ont été listés en utilisant le questionnaire Ménage. Des informations de base telles que l'âge, le sexe, l'état matrimonial et le niveau d'instruction ont été collectées pour chaque personne. En outre, on a demandé à chaque personne si elle était un membre habituel du ménage ou seulement un visiteur et si elle avait dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Cela a permis de présenter les résultats pour la population de droit, c'est-à-dire les résidents habituels, et pour la population de fait, c'est-à-dire la population présente dans les ménages au moment de l'enquête.

2.1 RÉPARTITION DE LA POPULATION DES MÉNAGES PAR ÂGE ET SEXE

Le tableau 2.1 présente la répartition par groupe d'âges quinquennal, par sexe et par milieu de résidence de la population de fait de l'Enquête Intérimaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé du Rwanda (EIDSR), réalisée en 2007-2008. Dans les 7 377 ménages enquêtés avec succès (taux de réponse de 99,5 %), 31 501 personnes ont été dénombrées, 16 583 femmes et 14 918 hommes. Les femmes sont proportionnellement, plus nombreuses que les hommes : 53 % contre 47 % ; le rapport de masculinité s'établit donc à 90 hommes pour 100 femmes ; par rapport à l'enquête de 2005, l'écart entre

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et résidence

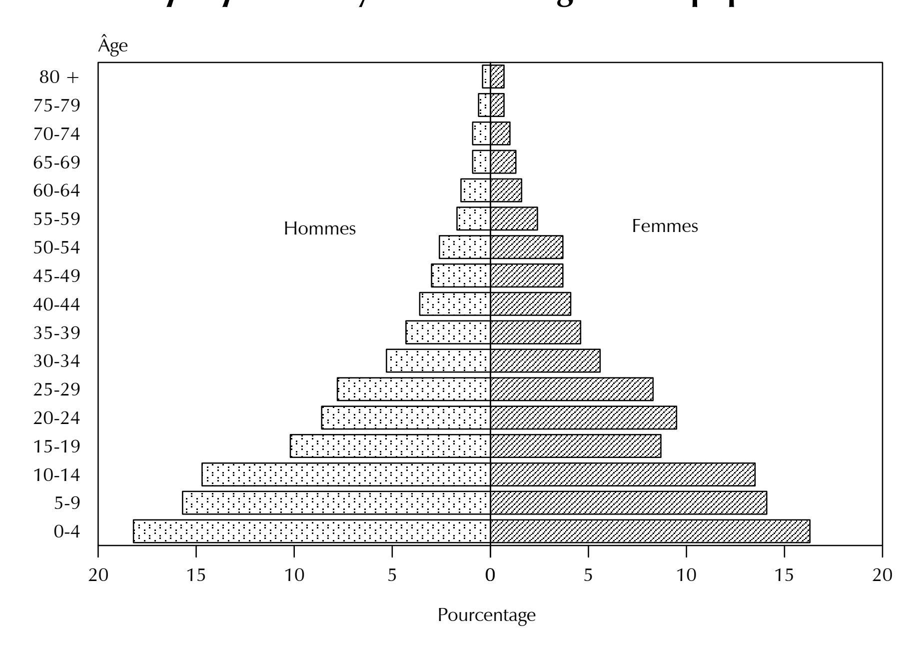
Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages selon le groupe d'âges quinquennal, par milieu de résidence et par sexe Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Ensemble		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<5	17,0	14,6	15,8	18,4	16,7	17,5	18,2	16,3	17,2
5-9	14,2	13,0	13,6	16,0	14,3	15,1	15,7	14,1	14,9
10-14	12,4	12,4	12,4	15,1	13,7	14,4	14,7	13,5	14,1
15-19	10,5	11,1	10,8	10,2	8,2	9,2	10,2	8,7	9,4
20-24	11,4	11,9	11,6	8,1	9,1	8,6	8,6	9,5	9,1
25-29	10,0	9,3	9,6	7,3	8,1	7,8	7,8	8,3	8,1
30-34	6,6	6,4	6,5	5,0	5,5	5,3	5,3	5,6	5,5
35-39	4,7	4,0	4,4	4,2	4,7	4,5	4,3	4,6	4,4
40-44	3,0	4,1	3,6	3,7	4,1	3,9	3,6	4,1	3,8
45-49	3,0	3,1	3,0	3,0	3,8	3,4	3,0	3,7	3,4
50-54	2,3	3,7	3,0	2,7	3,7	3,2	2,6	3,7	3,2
55-59	1,1	2,0	1,6	1,9	2,5	2,2	1,7	2,4	2,1
60-64	1,8	1,3	1,5	1,5	1,7	1,6	1,5	1,6	1,6
65-69	0,8	1,3	1,0	0,9	1,3	1,1	0,9	1,3	1,1
70-74	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9
75-79	0,3	0,4	0,3	0,7	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7
80 +	0,2	0,6	0,4	0,4	0,8	0,6	0,4	0,7	0,6
Ne sait pas/manquant	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 427	2 495	4 923	12 491	14 088	26 579	14 918	16 583	31 501

les sexes s'est resserré puisque il s'établissait, à cette date, à 88 hommes pour 100 femmes. Cette prédominance des femmes est également observée en milieu rural où le rapport de masculinité s'établit à 89 hommes pour 100 femmes. Entre 0-19 ans, on observe une surreprésentation des jeunes hommes par rapport aux jeunes filles. À partir de 20-24 ans, la situation s'inverse et les écarts tendent à s'estomper. En milieu urbain, on constate, entre 0 et 14 ans, que la proportion de jeunes hommes est plus élevée que celle des jeunes filles ; cette tendance s'inverse pour le groupe entre 20 et 24 ans, et entre 25 et 39 ans, le sexe masculin redevient prédominant, tandis qu'à partir de 40 ans, la proportion de femmes redevient légèrement plus importante que celle des hommes. D'autre part, ces résultats font apparaître une autre caractéristique de la population rwandaise : en effet, celle-ci vit essentiellement en zones rurales : 86 % contre 14 % en urbain.

La pyramide des âges (graphique 2.1) présente une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés, forme caractéristique des populations à forte fécondité et à mortalité encore élevée ; 65 % de la population a moins de 25 ans tandis que 73 % a moins de 30 ans.

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population



EIDSR 2007-2008

Par ailleurs, la structure par âge présente certaines irrégularités, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, bien que chez ces dernières ces irrégularités soient plus nettes. On constate tout d'abord chez les femmes une sous-estimation des effectifs au groupe d'âges 15-19 ans. Il s'agit, certainement, en partie, d'un transfert vers celui de 20-24 ans. De même, on constate pour les mêmes raisons un gonflement des effectifs à 50-54 ans au détriment du groupe d'âges 45-49 ans. Par ailleurs, une analyse plus détaillée permet de mettre en évidence certaines particularités de la structure de la population rwandaise : en effet, on constate aux groupes d'âges 30-34 ans et 45-49 ans un rétrécissement anormal de la pyramide, pour les deux sexes, mais surtout pour les hommes ; cela traduit un manque d'effectifs, conséquence de la surmortalité adulte causée par le génocide.

2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

2.2.1 Sexe du chef du ménage

Le tableau 2.2 présente la répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage et la taille moyenne du ménage. Les résultats sont présentés selon le milieu de résidence. Dans l'ensemble, 69 % des ménages sont dirigés par un homme tandis que dans 31 % des cas, c'est une femme qui est chef de ménage. En outre, on ne constate que peu de variation en fonction du milieu de résidence. Il faut noter que depuis la précédente enquête de 2005, la proportion des ménages dirigés par un homme est passée de 66 % à 69 % ; en milieu rural, par contre, la proportion de ménages dirigés par une femme a légèrement diminué, passant de 34 % à 32 %.

2.2.2 Taille des ménages

Du tableau 2.2, il ressort qu'un ménage rwandais compte, en moyenne, 4,3 personnes ; cette taille moyenne varie de 4,3 en milieu rural à 4,4 en milieu urbain. Ces proportions ont légèrement diminué par rapport aux données de la précédente EDS de 2005 ; la taille moyenne des ménages était de 4,6 au niveau national, et cette taille moyenne variait de 4,8 en milieu urbain à 4,5 en milieu rural.

Dans environ la moitié des cas, un ménage compte entre 3 et 5 personnes (51 %). En milieu urbain, un ménage sur dix (10 %) est composé d'un seul membre contre 8 % en milieu rural. Dans 16 % des cas, les ménages sont de grande taille et comptent entre 7 et 9 membres ; cette proportion varie de 18 % en urbain à 16 % en rural.

Tableau 2.2 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages selon le sexe du chef de ménage et la taille du ménage; taille moyenne du ménage, par milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Chef de ménage			
Homme	70,0	68,3	68,6
Femme	30,0	31,7	31,4
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de membres habituels			
0	0,1	0,0	0,0
1	10,1	7,9	8,3
2	13,3	12,6	12,7
3	16,8	18,4	18,2
4	15,6	17,5	17,2
5	15,1	16,2	16,0
6	10,7	11,5	11,4
7	8,2	7,8	7,9
8	4,7	4,3	4,4
9+	5,4	3,7	4,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne des ménages	4,4	4,3	4,3
Effectif de ménages	1 148	6 229	7 377

Note : Tableau basé sur la population de droit, c'est-à-dire les résidents habituels.

2.3 CARACTÉRISTIQUES DES LOGEMENTS

L'enquête ménage s'est intéressée à certaines caractéristiques du logement telles que l'approvisionnement en eau pour la consommation, l'accès à l'électricité, le type de toilettes, ainsi que les matériaux de revêtement du sol. L'enquête a également recueilli des informations sur la possession d'un certain nombre d'équipements parmi lesquels la radio, la télévision, le réfrigérateur, la bicyclette, la motocyclette et la voiture. Ces caractéristiques permettent d'évaluer les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les ménages.

Le tableau 2.3 montre qu'au niveau national, seulement 6 % des ménages disposent de l'électricité. Les résultats de l'enquête mettent en évidence des disparités importantes selon le milieu de résidence (urbain-rural). En effet, en urbain, 31 % des ménages ont l'accès à l'électricité contre seulement 2 % en milieu rural.

En ce qui concerne le type d'approvisionnement en eau destinée à la consommation, on constate qu'au niveau national, 32 % des ménages consomment de l'eau provenant d'un robinet public (43 % en milieu urbain contre 30 % en milieu rural) ; 26 % utilisent l'eau de source (13 % en milieu urbain contre 28 % en milieu rural). Une très faible proportion de ménages (3 %) dispose d'un robinet dans leur logement ou dans leur cour, cela avec des disparités importantes entre les deux milieux de résidence, soit 17 % en urbain et moins d'un pour cent en rural. En outre, 18 % des ménages utilisent l'eau provenant de puits publics ouverts, et 6 % consomment l'eau des puits publics protégés. Dans 14 % des cas, les ménages utilisent pour boire l'eau des fleuves et rivières (9 %) et celle des mares/lacs (4 %). Ces résultats montrent qu'au Rwanda, près d'un tiers des ménages consomment de l'eau insalubre provenant de sources d'approvisionnement non protégées et se trouve, de ce fait, exposé à des risques de maladies évitables, telles que les infestations parasitaires intestinales, la dysenterie et le cholera qui toutes sont associées à une hygiène défectueuse.

En milieu urbain, la proportion de ménages qui consomment de l'eau pas ou peu salubre (puits publics ouverts, rivières, mares et lacs) s'élève à 22 % ; en milieu rural, cette proportion est de 34 %. Ces résultats montrent que les ménages du milieu rural courent un risque plus élevé que ceux du milieu urbain de contracter des maladies évitables liées à la consommation d'eau non salubre.

Si l'on compare ces résultats à ceux de l'EDS 2005, on ne constate pas d'amélioration importante de la situation, car en effet, la proportion de ménages qui consommaient de l'eau pas ou peu salubre était respectivement de 34 % en milieu rural et de 18 % en milieu urbain.

Concernant, le temps nécessaire pour s'approvisionner en eau, les résultats de l'enquête montrent une large différence entre les milieux de résidence. Dans les zones urbaines, 54 % des ménages mettent moins de 15 minutes pour obtenir de l'eau contre seulement 27 % dans les zones rurales. Le temps médian, au niveau global, est estimé à 24,5 minutes, mais il est de 8,8 minutes en milieu urbain contre 29,1 minutes en milieu rural, mettant en évidence une fois encore la précarité de la situation des ménages ruraux.

Par rapport à l'EDS 2005, on constate que la proportion de ménages du milieu urbain qui mettent moins de 15 minutes pour s'approvisionner en eau a augmenté de presque 6 points de pourcentage puisqu'elle était de 48 % en 2005, alors qu'en milieu rural, la situation est restée quasiment la même (27 %). Au niveau global, aucun changement n'est intervenu entre les deux enquêtes (EDS 2005 et intérim EDS 2008). En effet, le temps médian était de 24,4 minutes en 2005, et il est de 24,5 actuellement.

Le tableau 2.3 présente également les données concernant l'utilisation de toilettes. Ces informations permettent une évaluation succincte de la situation sanitaire qui, associée à l'accès à l'eau potable, met en évidence les risques potentiels encourus par la population concernant certaines maladies liées au manque d'hygiène. Au niveau national, on constate que plus d'un ménage sur deux utilise des fosses ou latrines améliorées (56 %). Cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 58 % contre 41 %. De plus, dans 40 % des cas, les ménages utilisent des latrines/fosses rudimentaires (53 % en milieu urbain contre 38 % en milieu rural). Les résultats de l'enquête montrent une nette amélioration sur le plan sanitaire puisque la proportion de ménages qui utilisent des latrines améliorées est passée de 28 % en 2005 à 56 % en 2007-2008. En particulier, en milieu rural, cette proportion a nettement augmenté, variant de 24 % à 58 %. Par contre, très peu de ménages vivent dans un logement équipé de toilettes avec chasse d'eau : 0,8 % ; l'écart entre les deux milieux de résidence est important : 3,2 % en milieu urbain contre 0,4 % en milieu rural. La proportion de ménages qui ne disposent d'aucun type de toilettes s'élève à 3 % sur le plan national (2 % en milieu urbain contre 3 % en milieu rural). Cette proportion a diminué par rapport à 2005 (5 % au niveau national) mais elle reste encore très élevée.

Tableau 2.3 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages selon certaines caractéristiques du logement et par milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Caractéristique du logement	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Électricité			
Oui	28,1	2,0	6,0
Non	71,8	97,8	93,7
ND	0,2	0,2	0,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Provenance de l'eau pour boire			
Eau du robinet dans le logement ou la cour	17,0	0,9	3,4
Robinet public	42,6	30,3	32,2
Puits ouvert dans le logement ou la cour	0,2	0,1	0,1
Puits public ouvert	13,7	19,3	18,4
Puits protégé dans le logement ou la cour	0,0	0,2	0,1
Puits public protégé	4,2	6,0	5,7
Source	13,4	27,9	25,6
Fleuve/rivière	6,5	9,8	9,3
Mare, lac	1,6	4,8	4,3
Barrage	0,1	0,5	0,4
Eau de pluie	0,1	0,1	0,1
Camion citerne	0,0	0,0	0,0
Eau en bouteille	0,0	0,0	0,0
Autre/ND	0,7	0,3	0,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau			
Moins de 15 minutes (%)	53,6	27,4	31,5
Temps médian pour s'approvisionner en eau	8,8	29,1	24,5
Type de toilettes			
Chasse d'eau	3,2	0,4	0,8
Fosse/latrines rudimentaires	53,4	37,6	40,1
Fosse/latrines améliorées	40,9	58,2	55,5
Pas de toilette, nature	1,8	3,1	2,9
Autre/ND	0,7	0,7	0,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Type de sol			
Terre, sable	51,1	90,5	84,4
Bouse	0,7	0,9	0,9
Carreaux/ciment	47,4	8,3	14,2
Moquette	0,9	0,2	0,3
Autre/ND	0,1	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 148	6 229	7 377

Les résultats concernant le type de revêtement du sol des logements montrent que, dans l'ensemble, 84 % des ménages vivent dans un logement dont le sol est en terre ou sable (51 % en milieu urbain contre 91 % en milieu rural) ; À l'opposé, dans 14 % des cas, le logement possède un sol qui est recouvert de ciment ou de carreaux (47 % en milieu urbain, et 8 % en milieu rural). Enfin, on constate que dans moins d'un pour cent des cas, les ménages vivent dans un logement dont le sol est recouvert de bouse. Si l'on compare ces résultats avec ceux de l'EDS 2005, on ne constate pas d'amélioration très importante.

Ces informations sont importantes car les matériaux utilisés pour les sols des logements sont, non seulement, un indicateur du niveau de richesse du ménage, mais aussi, un indicateur de la qualité de l'environnement sanitaire dans lequel vit le ménage car certains matériaux rudimentaires comme la terre, le sable et la bouse de vache peuvent faciliter la propagation de parasites et de germes vecteurs de maladies ; ces matériaux rudimentaires sont, en outre, source de poussière et sont difficiles à nettoyer.

2.4 POSSESSION DES BIENS DURABLES

L'Enquête Intérimaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé 2007-2008 a également collecté des informations relatives à la possession de certains biens d'équipements durables qui sont associés à un certain niveau de richesse.

Le tableau 2.4 montre que, dans l'ensemble, le bien le plus fréquemment possédé par les ménages est une radio (58 %), avec une forte disparité urbain-rural (72 % en milieu urbain contre 56 % en milieu rural). La comparaison avec les résultats de l'EDS de 2005 montre une nette amélioration, la proportion au niveau global étant passée de 46 % à 58 %. Cette amélioration a concerné autant le milieu urbain (65 % contre 72 %) que rural (43 % contre 56 %). Par contre, seulement 3 % des ménages possèdent une télévision, les ménages urbains étant les mieux pourvus (16 % contre 1 % seulement en milieu rural). Au niveau global, on ne constate pratiquement pas de changement depuis 2005. On peut néanmoins souligner qu'en milieu urbain, la proportion de ménages qui possèdent une télévision a augmenté, passant de 14 % à 16 %.

Tableau 2.4 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage de ménages qui possèdent certains biens de consommation et certains moyens de transport, par milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Biens possédés	Ménages Urbain	Rural	Total
Radio	72,1	55,6	58,1
Télévision	16,2	1,0	3,3
Téléphone portable	42,4	7,7	13,1
Téléphone fixe	5,0	0,4	1,1
Réfrigérateur	5,0	0,2	0,9
Bicyclette	10,2	12,5	12,2
Motocyclette/scooter	2,6	0,6	0,9
Voiture/camion	3,7	0,2	0,8
Effectif de ménages	1 148	6 229	7 377

On constate par contre, une augmentation importante de la proportion de ménages qui possèdent un téléphone portable : en effet, de 5 % pour l'ensemble du pays, la proportion est passée à 13 %. C'est en milieu urbain que cette augmentation a été la plus forte, les proportions étant passé de 24 % à 42 % tandis qu'en milieu rural, elles sont passées de 1 % en 2005 à 8 % en l'espace de 2 ans. Très peu de ménages possèdent un téléphone fixe ou un réfrigérateur. Ce sont surtout les ménages urbains qui disposent de ces équipements.

La bicyclette est un moyen de locomotion utilisée par 12 % des ménages (10 % en milieu urbain et 13 % en milieu urbain). Seuls près d'1 % des ménages possèdent une voiture/camion.

2.5 QUINTILES DE BIEN-ÊTRE ÉCONOMIQUE

Le tableau 2.5.1 présente la répartition des ménages selon le quintile de bien-être économique dans lequel ils sont classés. Les données sur les biens des ménages concernant la possession de certains

biens durables et certaines caractéristiques du logement, présentées aux tableaux précédents, sont utilisées pour construire l'indice de bien-être économique des ménages interviewés. Cet indice est construit de la manière suivante :

- on affecte à chacun des biens ou caractéristiques un score (coefficient) généré à partir d'une analyse en composante principale ;
- les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin et al., 2000) ;
- on attribue à chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage ;
- les ménages sont classés par ordre croissant de score total et divisés en 5 catégories d'effectifs égales appelés quintile. On établit ainsi une échelle allant de 1 (quintile le plus pauvre) à 5 (quintile le plus riche) ;
- le score de chaque ménage est affecté aux individus qui le composent. Les individus sont ainsi répartis dans les différentes catégories.

Tableau 2.5.1 Quintiles de bien-être économique

Répartition (en %) des ménages par quintile de bien-être économique selon le milieu de résidence et la province, Rwanda 2007-2008

Résidence/ province	Quintile de bien-être économique: Le plus pauvre	Second	Moyen	Quatrième	Le plus riche	Total	Effectif
Milieu de résidence							
Urbain	8,5	11,1	11,7	9,7	59,0	100,0	1 148
Rural	17,9	30,8	20,5	19,2	11,6	100,0	6 229
Province							
Ville de Kigali	3,0	8,4	6,6	7,0	75,0	100,0	638
Sud	17,7	27,2	20,2	19,4	15,5	100,0	1 880
Ouest	20,4	27,5	21,6	19,0	11,5	100,0	1 890
Nord	18,0	33,7	18,2	15,6	14,4	100,0	1 315
Est	14,4	31,2	20,6	20,3	13,6	100,0	1 654
Ensemble	16,5	27,7	19,1	17,8	19,0	100,00	7 377

Les résultats montrent que c'est principalement en milieu urbain que se retrouvent les ménages les plus riches. En effet, on constate qu'en milieu urbain 59 % des ménages font partie du quintile le plus riche contre seulement 9 % en milieu rural. C'est la ville de Kigali qui concentre les trois quarts des ménages les plus riches (75 %) mais seulement 3 % des plus pauvres y résident. Par contre, en milieu rural, près d'un ménage sur deux est classé dans les deux quintiles les plus pauvres (49 %). En ce qui concerne les provinces, en dehors de la ville de Kigali, on ne constate pas d'écarts importants. La proportion de ménages appartenant au quintile le plus riche varie de 12 à 16 % et celle des ménages classés dans les deux quintiles les plus pauvres varie de 45 % dans la province Sud à 52 % dans la province Nord.

Le tableau 2.5.2 présente les mêmes données que le tableau 2.5.1, à la seule différence qu'il s'agit ici de la répartition de la population par quintiles de bien-être économique et non de la répartition des ménages. Les résultats font apparaître les mêmes caractéristiques, à savoir que le milieu urbain concentre la population la plus riche (70 % des deux quintiles les plus riches), en particulier, Kigali (82 % pour les deux quintiles les plus riches) et qu'à l'opposé, c'est en milieu rural que vit la population la plus pauvre : 46 % de la population qui font partie des deux quintiles les plus pauvres vivent en milieu rural contre 19 % en urbain.

Le tableau 2.5.2 présente également ces résultats selon les provinces de résidence. À part la ville de Kigali, la situation dans les autres provinces est assez homogène et les résultats ne sont pas très différents de ceux observés pour les ménages.

Tableau 2.5.2 Quintiles de bien-être économique

Répartition (en %) de la population par quintile de bien-être économique, selon le milieu de résidence et la province, Rwanda 2007-2008

Résidence/ province	Quintile de bien-être économique: Le plus pauvre	Second	Moyen	Quatrième	Le plus riche	Total	Effectif de population
Milieu de résidence							
Urbain	7,4	11,3	11,8	9,7	59,8	100,0	5 023
Rural	15,9	30,5	21,0	20,3	12,3	100,0	27 015
Province							
Ville de Kigali	2,5	8,8	6,8	7,2	74,7	100,0	2 700
Sud	16,2	27,0	19,7	20,1	16,9	100,0	8 177
Ouest	18,5	27,4	22,0	20,1	12,0	100,0	8 258
Nord	15,5	32,6	19,3	16,9	15,6	100,0	5 746
Est	12,0	31,0	21,7	20,9	14,4	100,0	7 157
Ensemble	14,6	27,5	19,6	18,6	19,7	100,0	32 038

Au cours de l'enquête Ménage, on a collecté des informations sur l'affiliation des membres du ménage à une assurance maladie. Les résultats sont présentés au tableau 2.6 par type d'assurance maladie et selon le milieu et les provinces de résidence.

Globalement, on constate que 68 % des ménages possèdent une assurance maladie. Cette proportion ne varie pratiquement pas selon le milieu de résidence (68 % dans les deux cas). Par contre, les résultats selon la province font apparaître des écarts, cette proportion variant d'un minimum de 58 % dans la province Sud à un maximum de 76 % dans les provinces Ouest et Nord. Concernant le type d'assurance maladie, on constate que la quasi-totalité des ménages ont déclaré être affiliés à une mutuelle (96 %). En outre, dans 4 % des cas, il s'agit d'une assurance maladie des agents de l'état. Les proportions selon les autres types d'assurance sont très faibles (moins d'un pour cent).

Tableau 2.6 Assurance maladie

Pourcentage de ménages dont un ou des membres sont affiliés à une assurance maladie et proportion de ménages ayant une assurance maladie par type d'assurance selon le milieu de résidence et la province, Rwanda 2007-2008

Résidence/ province	Une ou des assurances maladie	Effectif	Type d'assurance maladie: Mutuelle	RAMA[1]	MMA[2]	Privée	Autre	Effectif de ménages dont les membres sont affiliés à une assurance maladie
Milieu de résidence								
Urbain	68,4	1 148	89,1	10,5	2,4	1,3	1,3	785
Rural	68,1	6 229	97,4	2,7	0,3	0,1	0,4	4 242
Province								
Ville de Kigali	67,5	638	89,4	10,3	2,4	1,1	1,9	431
Sud	57,8	1 880	97,5	3,0	0,1	0,2	0,1	1 086
Ouest	75,6	1 890	96,3	3,3	0,4	0,3	0,8	1 428
Nord	76,1	1 315	96,6	4,3	0,4	0,0	0,0	1 001
Est	65,3	1 654	96,6	2,7	1,0	0,2	0,7	1 081
Ensemble	68,1	7 377	96,1	3,9	0,6	0,3	0,6	5 027

Note : Le total peut excéder 100 % car, à l'intérieur d'un ménage, des membres peuvent être affiliés à plusieurs assurances
[1] Assurance Maladie des Agents de l'État.
[2] Assurance Maladie des Militaires..

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS 3

Ce chapitre porte sur certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes enquêtés telles que l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être. Les résultats portent sur les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans. Ces différentes caractéristiques, qui sont utilisées comme variables d'analyse dans la suite de ce rapport, permettent de comprendre les facteurs qui affectent les comportements dans les domaines de la reproduction et de la santé de la population.

3.1 CARACTÉRISTIQUE SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise, lorsque l'enregistrement écrit des événements (notamment des faits d'état civil) est loin d'être généralisé. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête individuelle. On a demandé aux enquêtés leur date de naissance et leur âge. L'enquêteur/enquêtrice contrôlait ensuite la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêté ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêteur/enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel (carte d'identité etc.) ou figurait la date de naissance. En l'absence de document officiel, l'enquêtrice devait procéder à un recoupement avec des événements ayant marqué la vie de l'enquêté (âge au mariage, âge du premier enfant, etc.) ou des événements bien connus ayant marqué la vie nationale ou régionale.

Les résultats présentés au tableau 3.1 montrent que la répartition des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans par groupe d'âges quinquennaux ne présente pas de grandes disparités. Les proportions de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges avancés. Chez les femmes, elles passent de 19 % pour les 15-19 ans à 9 % pour la tranche d'âges 45-49 ans. Pour les hommes, ces proportions varient, respectivement, de 24 % à 15-19 ans à 7 % 45-49 ans.

Tableau 3.1 Répartition par âge des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés selon le groupe d'âges, Rwanda 2007-2008

	Femmes			Hommes		
Groupe d'âges	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
15-19	19,0	1 387	1 434	23,6	1 461	1 446
20-24	21,2	1 548	1 557	20,1	1 245	1 266
25-29	18,8	1 374	1 373	18,7	1 156	1 157
30-34	12,8	937	931	12,4	769	796
35-39	10,5	769	760	9,9	616	624
40-44	9,3	678	667	8,4	522	514
45-49	8,5	620	591	6,9	428	422
Ensemble 15-49	100,0	7 313	7 313	100,0	6 197	6 225
Ensemble des hommes 15-59	na	na	na	100,0	6 837	6 837

na = Non applicable

Le tableau 3.2 présente la répartition des femmes et des hommes enquêtés selon certaines variables sociodémographiques. Précisons tout d'abord que dans le cadre de l'EIDSR, ont été considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés, légalement ou non, ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle. Selon cette définition, les résultats présentés au tableau 3.2 montrent que 35 % des femmes étaient célibataires au moment de l'enquête et que 53 %vivaient en union (38 % étaient mariées et 16 % vivaient en union consensuelle). Chez les hommes on constate qu'environ un sur deux était célibataire (49 %) et 39 % étaient mariés et 11 % vivaient en union consensuelle. De plus, 12 % des femmes étaient en rupture d'union au moment de l'enquête : 5 % étaient divorcées ou séparées et 7 % étaient veuves. Chez les hommes, la proportion de ceux qui étaient en rupture d'union est beaucoup plus faible : 2 %.

Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	Femmes			Hommes		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Célibataire	35,2	2 573	2 698	48,7	3 019	3 125
Marié	37,6	2 747	2 677	38,9	2 408	2 352
Vivant ensemble	15,6	1 140	1 082	10,6	657	633
Divorcé/séparé	5,1	377	386	1,3	79	81
Veuf	6,5	476	470	0,5	32	33
Manquant	0,0	0	0	0,0	2	1
Milieu de résidence						
Urbain	17,0	1 240	1 974	18,8	1 167	1 820
Rural	83,0	6 073	5 339	81,2	5 030	4 405
Province						
Ville de Kigali	9,4	685	970	11,8	730	1 004
Sud	26,6	1 946	1 824	25,1	1 557	1 421
Ouest	23,8	1 738	1 862	24,9	1 540	1 629
Nord	17,3	1 265	1 036	16,4	1 015	851
Est	23,0	1 680	1 621	21,9	1 354	1 320
Niveau d'instruction						
Aucun	22,2	1 624	1 510	15,4	957	888
Primaire	66,2	4 842	4 803	68,8	4 261	4 187
Secondaire	10,7	780	897	14,0	870	1 005
Supérieur	0,9	66	103	1,8	109	145
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	15,2	1 108	1 067	12,2	757	716
Second	27,0	1 974	1 818	25,0	1 551	1 423
Moyen	18,7	1 367	1 285	19,4	1 203	1 143
Quatrième	17,9	1 306	1 240	19,0	1 178	1 101
Le plus riche	21,3	1 558	1 903	24,4	1 509	1 842
Religion						
Catholique	44,7	3 266	3 159	50,6	3 138	3 112
Protestant	40,3	2 950	3 040	32,7	2 029	2 050
Adventiste	13,0	952	936	11,2	696	697
Musulman	1,5	107	137	2,5	155	183
Religion traditionnelle/Autre	0,1	8	7	1,1	70	79
Aucune	0,3	23	26	1,6	102	96
Manquant	0,1	9	8	0,1	8	8
Ensemble 15-49	100,0	7 313	7 313	100,0	6 197	6 225

na = Non applicable

La répartition selon le milieu de résidence montre que la majeure partie de la population rwandaise vit en zones rurales (83 % des femmes et 81 % des hommes contre respectivement 17 % et 19 % en milieu urbain). En outre, la répartition de la population par province ne fait pas apparaître d'écarts importants entre les hommes et les femmes; seules, la ville de Kigali et la province Nord se caractérisent, par rapport aux autres provinces, par des proportions un peu plus faibles d'hommes et de femmes.

Le tableau présente également la répartition des femmes et des hommes selon le niveau d'instruction. On constate que la proportion de femmes sans aucune instruction est nettement plus élevée que celle des hommes (22 % contre 15%). Cependant, aux niveaux primaire et secondaire, l'écart entre les femmes et les hommes n'est pas très important.

Les résultats selon les quintiles de bien-être économique ne font pas apparaître d'écarts importants entre les hommes et les femmes. Tout au plus, peut-on souligner que 24 % des hommes vivent dans le quintile le plus riche contre 21 % des femmes alors que, dans le quintile le plus pauvre, la proportion est de 15 % pour les femmes contre 12% pour les hommes..

Enfin, en ce qui concerne la religion, on note que la majorité des enquêtés se sont déclarés de confession catholique (45 % des femmes et 51 % des hommes). La religion protestante vient en seconde position (respectivement 40 % des femmes et 33 % des hommes). Ensuite vient la religion adventiste avec 13 % de femmes et 11 % d'hommes, suivie de la religion musulmane avec 2 % des femmes et 3 % des hommes.

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent les données selon le niveau d'instruction atteints par les enquêtés. Les résultats sont présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats concernant les femmes sont présentés au tableau 3.3.1 et ceux concernant les hommes au tableau 3.3.2. On constate que la proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction est supérieure à celle des hommes (22 % contre 15 %). L'écart est plus faible en ce qui concerne le niveau primaire : en effet, 66 % des femmes contre 68 % des hommes ont achevé le niveau primaire. De même, la proportion d'hommes ayant atteint le niveau secondaire ou plus est plus élevé que celle des femmes (15 % des hommes contre 12 % des femmes).

Quel que soit le sexe, le niveau d'instruction augmente des générations les plus anciennes aux plus récentes : la proportion de femmes sans instruction passe de 51 % parmi celles de 45-49 ans à 8 % parmi celles de 15-19 ans ; on note également que la proportion de femmes ayant un niveau d'instruction primaire varie de 44 % chez celles de 45-49 ans à 78 % chez celles de 15-19 ans. On note chez les hommes des écarts de même ampleur entre les générations, puisque des plus anciennes aux plus récentes, les proportions de ceux sans niveau d'instruction sont passées de 27 % parmi ceux de 45-49 ans à 9 % parmi ceux de 15-19 ans. En ce qui concerne le niveau primaire, les proportions varient respectivement de 63 % à 77 %. La comparaison avec les enquêtes précédentes met aussi en évidence cette amélioration du niveau d'instruction dans la population rwandaise. En effet, en 2000, date de la deuxième EDS, 13 % des jeunes filles de 15-19 ans n'avaient aucune instruction ; cette proportion a diminué pour atteindre 9 % en 2005 et enfin 8 % en 2007-2008. Chez les hommes, la même comparaison fait également apparaître une diminution de la proportion de ceux sans instruction depuis 2000 : à cette date, 11 % des hommes de 15-19 ans n'avaient aucune instruction ; cette proportion est passée à 7 % en 2005 ; entre 2005 et 2007, il semblerait que cette tendance à la baisse ne se soit pas poursuivie puisque on constate, dans ce groupe d'âges, une très légère augmentation de la proportion de ceux sans instruction : 7 % en 2005 contre 9 % en 2007.

Tableau 3.3.1 Niveau d'instruction: Femmes

Répartition (en %) des femmes enquêtées en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou complété et nombre médian d'années d'instruction achevées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Plus haut niveau d'études atteint				Total	Nombre médian d'années complétées	Effectif de femmes
	Aucune instruction	Primaire	Secondaire	Supérieur			
Groupe d'âges							
15-24	12,0	73,4	13,9	0,6	100,0	3,9	2 935
15-19	7,5	77,6	14,9	0,1	100,0	4,1	1 387
20-24	16,1	69,6	13,1	1,2	100,0	3,7	1 548
25-29	18,2	71,6	8,9	1,3	100,0	3,9	1 374
30-34	21,0	66,9	10,8	1,3	100,0	4,4	937
35-39	29,2	60,6	8,9	1,2	100,0	3,5	769
40-44	42,1	49,6	7,6	0,8	100,0	2,0	678
45-49	50,7	44,4	4,5	0,4	100,0	-	620
Milieu de résidence							
Urbain	13,0	58,7	24,3	4,0	100,0	4,9	1 240
Rural	24,1	67,8	7,9	0,3	100,0	3,4	6 073
Province							
Ville de Kigali	11,7	54,7	28,9	4,7	100,0	5,3	685
Sud	20,6	70,4	8,2	0,7	100,0	3,7	1 946
Ouest	26,0	65,1	8,3	0,6	100,0	3,2	1 738
Nord	23,4	65,4	10,6	0,6	100,0	3,7	1 265
Est	23,5	67,7	8,6	0,2	100,0	3,4	1 680
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	32,4	65,9	1,7	0,0	100,0	2,3	1 108
Second	25,9	70,4	3,8	0,0	100,0	3,1	1 974
Moyen	23,3	69,6	7,0	0,1	100,0	3,5	1 367
Quatrième	22,4	70,3	7,3	0,0	100,0	3,8	1 306
Le plus riche	9,2	54,8	31,8	4,1	100,0	5,4	1 558
Ensemble	22,2	66,2	10,7	0,9	100,0	3,6	7 313

Par ailleurs, le niveau d'instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence. On constate, en effet, que les proportions d'hommes instruits sont plus élevées en milieu urbain (91 %) qu'en milieu rural (83 %). Chez les femmes, la proportion de celles qui sont instruites est de 87 % en milieu urbain contre 76 % en milieu rural.

Les résultats selon les provinces font apparaître un écart important entre la ville de Kigali et les autres provinces. En effet, dans la ville de Kigali, 12 % des femmes et 7 % des hommes n'ont aucune instruction contre, au moins, une femme sur cinq et, au moins, un homme sur sept dans les autres provinces. Chez les hommes, c'est dans la province Sud que l'on constate la proportion la plus élevée de ceux sans instruction (20 %) ; chez les femmes, c'est dans la province Ouest que cette proportion est la plus élevée (26 %).

Les données de ces tableaux montrent qu'il y a une relation positive entre le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage : en effet, les proportions de femmes et d'hommes sans instruction diminuent des ménages les plus pauvres aux plus riches, passant respectivement de 32 % à 9 % et de 24 % à 8 %.

Tableau 3.3.2 Niveau d'instruction: Hommes

Répartition (en %) des hommes enquêtés en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou complété et nombre médian d'années d'instruction achevées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Plus haut niveau d'études atteint				Total	Nombre médian d'années complétées	Effectif d'hommes
	Aucune instruction	Primaire	Secondaire	Supérieur			
Groupe d'âges							
15-24	10,6	73,2	15,6	0,6	100,0	4,1	2 705
15-19	9,2	77,1	13,7	0,0	100,0	4,0	1 461
20-24	12,2	68,7	17,9	1,2	100,0	4,2	1 245
25-29	16,1	68,9	12,1	2,9	100,0	4,4	1 156
30-34	15,8	66,5	14,2	3,5	100,0	5,1	769
35-39	20,3	60,7	16,3	2,8	100,0	5,0	616
40-44	23,9	62,7	11,8	1,6	100,0	4,2	522
45-49	26,5	63,2	8,5	1,8	100,0	3,4	428
Milieu de résidence							
Urbain	9,1	55,1	29,8	6,1	100,0	5,4	1 167
Rural	16,9	71,9	10,4	0,8	100,0	4,0	5 030
Province							
Ville de Kigali	6,7	53,3	33,6	6,4	100,0	5,6	730
Sud	19,5	68,6	10,7	1,1	100,0	3,7	1 557
Ouest	13,6	72,6	12,2	1,5	100,0	4,4	1 540
Nord	15,2	70,2	13,2	1,4	100,0	4,4	1 015
Est	17,7	71,8	10,0	0,5	100,0	3,8	1 354
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	23,9	72,4	3,7	0,0	100,0	3,2	757
Second	18,3	75,2	6,6	0,0	100,0	3,8	1 551
Moyen	16,2	74,7	8,7	0,4	100,0	4,0	1 203
Quatrième	15,8	73,7	10,1	0,4	100,0	4,2	1 178
Le plus riche	7,5	51,7	34,2	6,6	100,0	5,6	1 509
Ensemble 15-49	15,4	68,8	14,0	1,8	100,0	4,3	6 197
Ensemble des hommes 15-59	17,5	67,6	13,2	1,6	100,0	4,1	6 837

3.3 ETAT MATRIMONIAL

Dans le cadre de l'EIDSR, le terme union s'applique à toutes les personnes (les femmes et les hommes) qui se sont déclarées mariées ou vivant maritalement avec un/une partenaire. Sont donc prises en compte toutes les personnes liées par le mariage qu'il soit civil, religieux ou coutumier, ainsi que les unions consensuelles ou unions de fait.

Selon le tableau 3.4 qui présente la répartition des femmes et des hommes âgés de 15-49 ans, selon l'état matrimonial au moment de l'enquête, il ressort que plus d'une femme sur deux (53 %), et environ un homme sur deux (50 %), sont en union. Le célibat touche 35 % des femmes et 49 % des hommes. En outre, 12 % des femmes se trouvaient en rupture d'union, en particulier du fait du veuvage (7 %), chez les hommes, la proportion de ceux qui sont en rupture d'union est beaucoup plus faible que chez les femmes (2 %).

Tableau 3.4 État matrimonial actuel

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans par état matrimonial actuel, selon l'âge, Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	État matrimonial							Ensemble	Pourcentage d'enquêtés actuellement en union	Effectif d'enquêtés
	Célibataire	Marié	Vivant ensemble	Divorcé	Séparé	Veuf	Manquant			
FEMMES										
15-19	97,0	0,5	2,1	0,1	0,3	0,0	0,0	100,0	2,6	1 387
20-24	53,0	24,1	19,1	1,0	2,2	0,6	0,0	100,0	43,2	1 548
25-29	19,7	51,5	22,3	1,2	4,3	1,1	0,0	100,0	73,7	1 374
30-34	6,5	59,4	20,5	1,6	7,1	4,9	0,0	100,0	79,9	937
35-39	5,2	58,6	16,1	2,1	6,7	11,4	0,0	100,0	74,7	769
40-44	2,0	54,0	16,1	1,0	6,9	20,1	0,0	100,0	70,0	678
45-49	3,4	46,2	13,7	0,6	6,8	29,3	0,0	100,0	59,9	620
Ensemble 15-49	35,2	37,6	15,6	1,0	4,2	6,5	0,0	100,0	53,2	7 313
HOMMES										
15-19	99,3	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	0,5	1 461
20-24	76,3	13,0	9,7	0,1	0,9	0,1	0,0	100,0	22,7	1 245
25-29	36,9	46,6	15,2	0,6	0,7	0,0	0,0	100,0	61,8	1 156
30-34	15,3	67,0	15,6	0,8	1,0	0,4	0,0	100,0	82,5	769
35-39	8,2	73,5	15,2	0,4	1,6	1,1	0,0	100,0	88,6	616
40-44	2,0	77,8	15,3	1,1	2,7	1,2	0,0	100,0	93,0	522
45-49	2,9	77,3	14,5	0,7	1,0	3,6	0,0	100,0	91,8	428
Ensemble 15-49	48,7	38,9	10,6	0,4	0,9	0,5	0,0	100,0	49,5	6 197
Ensemble 15-59	44,3	42,7	10,8	0,4	0,9	0,9	0,1	100,0	53,5	6 837

On constate également que la proportion de femmes célibataires diminue rapidement avec l'âge, passant de 97 % parmi les femmes âgées de 15-19 ans à 53 % parmi celles de 20-24 ans et à seulement 20 % dans le groupe d'âges 25-29 ans. Chez les hommes, la proportion de célibataires passe de 99 % à 15-19 ans à 37 % parmi ceux de 25-29 ans et à 8 % parmi ceux de 35-39 ans. Le célibat définitif ne concerne que 3 % des femmes de 45-49 ans et 3 % des hommes de 45-49 ans.

3.4 POLYGAMIE

Le tableau 3.5 présente la répartition des hommes par nombre d'épouses. Au niveau national, on constate que la polygamie n'est pas une pratique très répandue au Rwanda puisque seulement 4 % des hommes âgés 15-59 ans ont déclaré avoir plus d'une épouse. En outre, les résultats par caractéristiques sociodémographiques ne font pas apparaître de variations significatives. Tout au plus, peut-on souligner que la proportion d'hommes polygames est légèrement plus élevée dans la province Est que dans les autres provinces (6 %).

Tableau 3.5 Nombre d'épouses

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans, actuellement en union, par nombre d'épouses, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Nombre d'épouses				Ensemble	Effectif d'hommes
	1	2	3+	Manquant		
Groupe d'âges						
15-19	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	8
20-24	98,9	0,9	0,2	0,0	100,0	282
25-29	98,3	1,1	0,0	0,6	100,0	714
30-34	96,6	3,3	0,1	0,0	100,0	635
35-39	95,1	4,2	0,2	0,5	100,0	546
40-44	95,8	2,9	0,2	1,2	100,0	486
45-49	93,0	5,9	0,4	0,7	100,0	393
Milieu de résidence						
Urbain	98,9	0,4	0,3	0,4	100,0	453
Rural	95,9	3,4	0,1	0,5	100,0	2 612
Province						
Ville de Kigali	98,1	1,2	0,0	0,7	100,0	267
Sud	96,7	2,7	0,3	0,3	100,0	745
Ouest	97,0	2,6	0,1	0,2	100,0	768
Nord	96,6	3,0	0,0	0,4	100,0	578
Est	94,4	4,3	0,2	1,1	100,0	707
Niveau d'instruction						
Aucun	94,6	4,5	0,4	0,5	100,0	611
Primaire	96,7	2,7	0,1	0,5	100,0	2 091
Secondaire/supérieur	97,5	2,1	0,0	0,4	100,0	363
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	95,5	2.7	1.1	0,7	100,0	371
Second	95,8	3.5	0.0	0,7	100,0	836
Moyen	96,9	2.6	0.0	0,5	100,0	631
Quatrième	95,6	3.6	0.1	0,7	100,0	649
Le plus riche	97,9	2.7	1.1	0,0	100,0	578
Ensemble 15-49	96,4	3,0	0,2	0,5	100,0	3 065
Ensemble 15-59	95,6	3,5	0,4	0,5	100,0	3 656

FÉCONDITÉ 4

Lors de l'EIDSR, des informations ont été collectées sur l'histoire génésique des femmes afin d'estimer les niveaux de la fécondité, d’en dégager les tendances et de mettre en évidence d’éventuelles différences entre certains groupes socioéconomiques. À cet effet, au cours de l’enquête, on a demandé à toutes les femmes de 15-49 ans le nombre total d'enfants nés vivants qu'elles avaient eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elles de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. Ensuite, l'historique complet des naissances de l'enquêtée était reconstitué, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles, le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, l’enquêtrice enregistrait leur âge au moment de l'enquête et distinguait ceux vivant avec la mère de ceux vivant ailleurs ; pour les enfants décédés, elle enregistrait l'âge au décès.

L'enquête étant rétrospective, les données collectées permettent d'estimer, non seulement le niveau de la fécondité sur la période actuelle, mais également les tendances passées de la fécondité au cours des 20 dernières années précédant l'enquête. Cependant, il convient de mentionner certaines limites inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s’agit :

- du sous enregistrement des naissances, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, d'enfants qui ne vivent pas avec leur mère, d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;

- de l'imprécision des déclarations de date de naissance *et/ou* d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui pourrait entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ;

- du biais sélectif de la survie, c'est-à-dire que les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.

Les informations peuvent également être affectées par le mauvais classement des dates de naissance d'enfants nés depuis 2002, transférées vers les années précédentes. Ces transferts d'année de naissance, que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes de type EDS, sont parfois effectués par les enquêtrices pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants nés depuis 2002 (sections 4 et 5 du questionnaire). On constate effectivement que des transferts de naissances se sont produits[1] de 2002 vers 2001.

Cependant, ces transferts ne sont pas suffisamment importants pour affecter de façon significative les niveaux actuels de fécondité.

[1] À l'Annexe C, le tableau C.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport des naissances de l'année *x* à la demi somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit *NJ[(Nx-i+Nx+J/2)]*, rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 2001 (rapport = 84 < 100) et un excédent en 2000 (rapport = 133 > 100).

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau de la fécondité est mesuré par les taux de fécondité par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, qui est un indicateur conjoncturel de fécondité, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si les taux de fécondité du moment restaient invariables. Pour la fécondité actuelle, les taux et l'ISF ont été calculés pour la période des trois années ayant précédé l'enquête. Cette période de référence de trois années a été choisie afin de pouvoir fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles et tout en disposant de suffisamment de cas afin de réduire les erreurs de sondage.

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

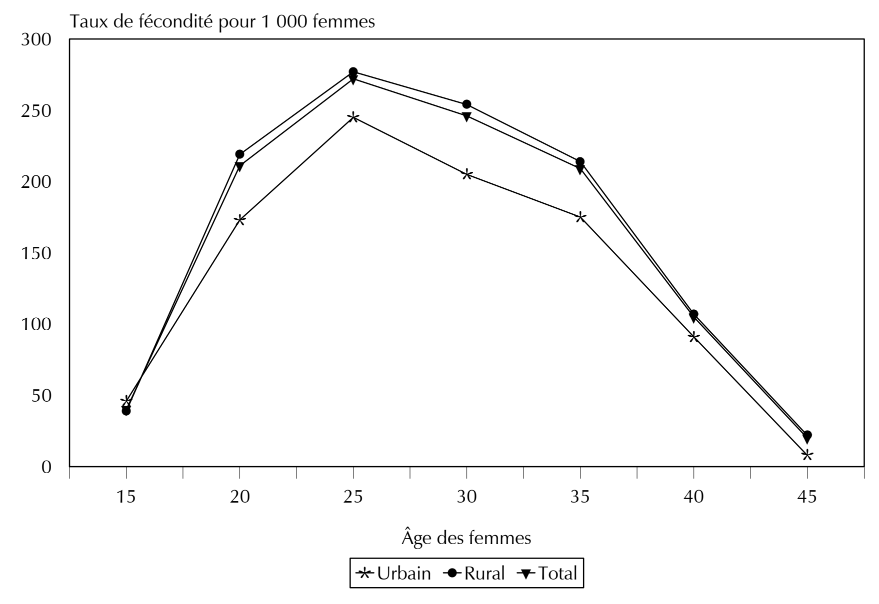
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

	Résidence		
Groupe d'âges	Urbain	Rural	Total
15-19	46	39	40
20-24	173	219	211
25-29	245	277	272
30-34	205	254	246
35-39	175	214	209
40-44	91	107	105
45-49	8	22	20
ISF 15-49 ans	4,7	5,7	5,5
TGFG	150	184	178
TBN	37,4	39,6	39,2

Note : Les taux du groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.
ISF : Indice synthétique de fécondité pour les âges de 15-49 ans, exprimé pour une femme.
TGFG : Taux global de fécondité générale exprimé pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans.
TBN : Taux brut de natalité exprimé pour 1 000 individus.

La fécondité des femmes rwandaises demeure élevée puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 5,5 enfants en fin de vie féconde. Les adolescentes de 15-19 ans ne contribuent que pour seulement 4 % dans la fécondité totale alors que les femmes de 25-29 ans y contribuent pour 25 %. Le niveau de la fécondité est beaucoup plus élevé parmi les femmes des zones rurales (5,7) que parmi celles des zones urbaines (4,7). Cela est vrai quel que soit le groupe d'âges (graphique 4.1). Les courbes de fécondité du milieu urbain et du milieu rural suivent la même allure : elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum aux âges de 25-29 ans puis elles décroissent régulièrement avec l'âge. En milieu rural, le taux maximum se situe à 277 ‰ et à 245 ‰ en milieu urbain.

Graphique 4.1 **Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence**



EIDSR 2007-2008

Au tableau 4.1, figure également le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer qui est estimé à 178 ‰. Comme l'ISF, cet indicateur varie de façon importante selon le milieu de résidence : il est de 150 ‰ en urbain contre 184 ‰ en milieu rural.

Le tableau 4.2 présente l'ISF selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Mis à part la Ville de Kigali (4,4 enfants par femme), le nombre moyen d'enfants par femme varie très peu selon la province de résidence : d'un minimum de 5,4 au Nord et 5,5 au Sud à un maximum de 5,8 à l'Ouest et à l'Est. On constate par ailleurs que l'ISF présente des écarts relativement importants selon le niveau d'instruction des femmes : d'un minimum de 3,8 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus, il est de 5,7 chez celles ayant un niveau primaire et de 6,1 chez celles sans instruction.

Par niveau de bien-être, l'ISF varie très peu entre les quatre premiers quintiles (5,7 à 6.0 enfants). Seules les femmes du quintile le plus riche ont une fécondité relativement faible de 4,4 enfants.

Au tableau 4.2 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans : ce nombre est assimilable à la descendance finale. À l'inverse de l'ISF (qui mesure la fécondité actuelle des femmes de 15-49 ans), cet indice est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, quand l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants nés par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Au Rwanda, l'écart entre l'ISF (5,5) et la descendance (6,0), soit 0,5 enfant est assez important pour suggérer une tendance à la baisse (graphique 4.2). Les écarts les plus importants entre ces deux indices sont observés chez les femmes urbaines (0,9 enfant), chez les femmes de niveau secondaire ou plus (0,8), chez celles de la province du Nord (1,0) et la ville de Kigali (0,9), chez les femmes du quintile de niveau de bien-être économique le plus riche (1,0 enfant). C'est donc parmi ces femmes que le niveau de la fécondité aurait le plus tendance à diminuer.

Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques sociodémographiques

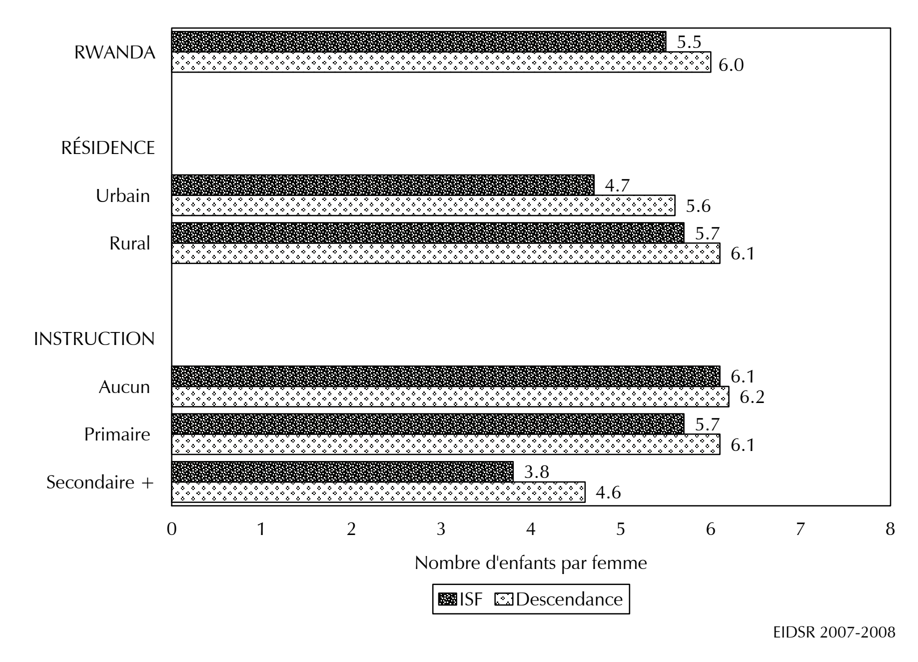
Indice Synthétique de Fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques socio-économiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Indice synthétique de fécondité	Pourcentage de femmes actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants par femme de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Urbain	4,7	7,7	5,6
Rural	5,7	9,7	6,1
Province			
Ville de Kigali	4,4	10,3	5,3
Sud	5,5	9,0	5,6
Ouest	5,8	9,3	6,3
Nord	5,4	9,2	6,4
Est	5,8	9,7	6,2
Niveau d'instruction			
Aucun	6,1	8,8	6,2
Primaire	5,7	9,9	6,1
Secondaire ou plus	3,8	7,8	4,6
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	5,8	8,2	5,6
Second	5,7	10,2	6,4
Moyen	6,0	10,2	6,0
Quatrième	5,8	10,5	6,5
Le plus riche	4,4	7,5	5,4
Ensemble	5,5	9,4	6,0

Le tableau 4.2 fournit aussi le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et qui ne le savent pas n'ont pas déclaré leur état. Au niveau national, on constate que plus de 9 % des femmes se sont déclarées enceintes. Par ailleurs, les proportions de femmes enceintes présentent les mêmes variations que l'ISF selon les différentes caractéristiques sociodémographiques, à l'exception de la Ville de Kigali, les femmes du niveau primaire et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre.



Graphique 4.2 **Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans**



4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Le Rwanda a réalisé trois Enquêtes Démographiques et de Santé et une Enquête Intermédiaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé au cours de ces quinze années dont un des objectifs principaux était l'estimation du niveau de la fécondité. À partir de ces quatre sources de données, on peut donc suivre les tendances de la fécondité (tableau 4.3 et graphique 4.3).

Tableau 4.3 Fécondité par âge selon quatre sources

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité

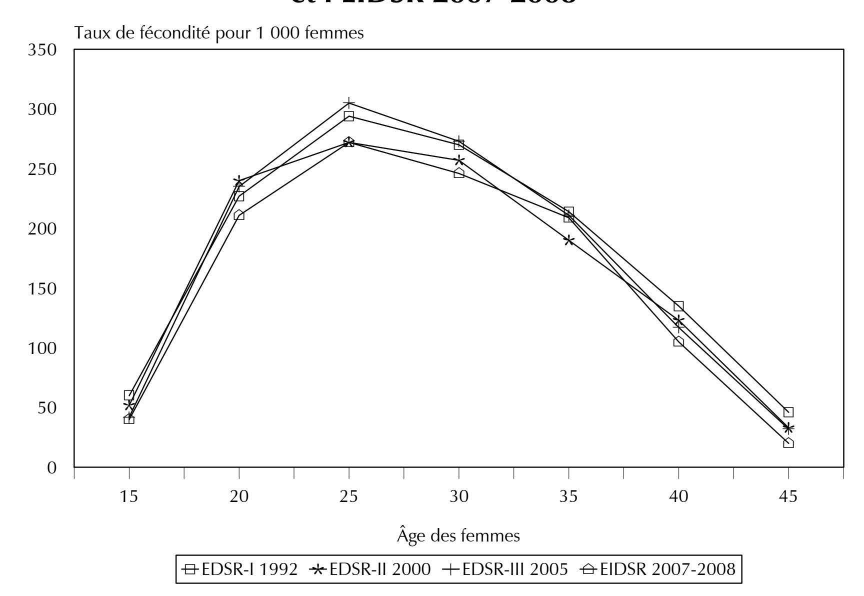
Groupe d'âges	EDSR-1 1992	EDSR-II 2000	EDSR-III 2005	EIDSR 2007-2008
15-19	60	52	42	40
20-24	227	240	235	211
25-29	294	272	305	272
30-34	270	257	273	246
35-39	214	190	211	209
40-44	135	123	117	105
45-49	46	33	32	20
ISF 15-49 ans	6,2	5,8	6,0	5,5

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes.

Les quatre courbes des taux de fécondité présentent une allure similaire : en effet, elles augmentent à partir de 15-19 ans, et elles atteignent un maximum à 25-29 ans pour décroître ensuite de manière régulière jusqu'à 45-49 ans. On remarque qu'à tous les âges, à l'exception du groupe d'âge 35-39 ans, la courbe de l'EIDSR est située nettement en dessous des précédentes alors que celle de l'EDSR-III est au-dessus de la courbe de l'EDSR-II entre 25-39 ans, et au-dessus de la courbe de l'EDSR-I entre 25-34 ans.

Au cours des quinze dernières années, l'ISF est passé de 6,2 enfants par femme en 1992 à 5,8 en 2000, à 6,0 en 2005 et à 5,5 en 2007-2008 (tableau 4.3 et graphique 4.3). Il y a lieu de remarquer que l'ISF a connu une légère baisse après le génocide de 1994 pour augmenter de nouveau au début des années 2000. Toutefois, les résultats de cette enquête montrent une baisse évidente de la fécondité.

Graphique 4.3 Taux de fécondité par âge selon selon l'EDSR-I 1992, l'EDSR-II 2000, l'EDSR-III 2005, et l'EIDSR 2007-2008



Les données collectées lors de l'EIDSR permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité des groupes d'âges des femmes, par périodes quinquennales avant l'enquête (tableau 4.4 et graphique 4.4). On constate que dans tous les groupes d'âges, les taux de fécondité ont régulièrement baissé des périodes les plus anciennes aux plus récentes. Ainsi, par exemple, pour le groupe d'âges 20-24 ans, le taux de fécondité estimé à 256 ‰, il y a 10 à 14 ans, est tombé à 235 ‰ à 5-9 ans avant l'enquête, pour se situer à 214 ‰ au cours des cinq dernières années. Ces résultats confirment donc la tendance à la baisse de la fécondité.

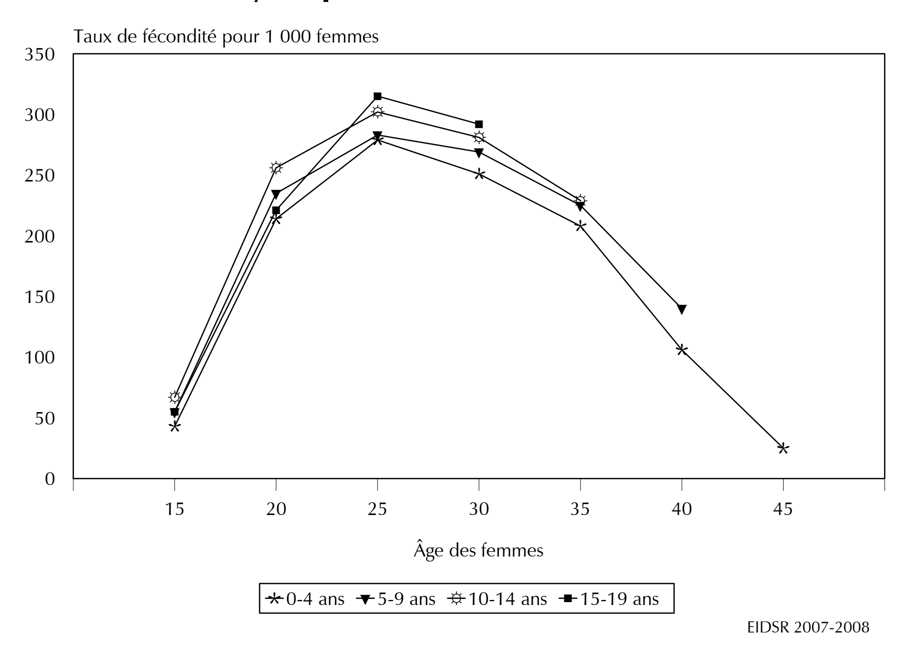
Tableau 4.4 Tendance de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Nombre d'années ayant précédé l'enquête 0-4	5-9	10-14
15-19	43	55	67
20-24	214	235	256
25-29	279	283	302
30-34	251	269	281
35-39	208	225	[229]
40-44	106	[140]	-
45-49	[25]	-	-

Note : Les taux de fécondité par âges sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Graphique 4.4 Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans ayant précédé l'EIDSR 2007-2008



4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

Les parités moyennes par groupe d'âges sont calculées à partir du nombre total d'enfants nés vivants que les femmes ont eus au cours de leur vie. Le tableau 4.5 présente ces parités pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union. Dans l'ensemble, une femme a eu, en moyenne, 2,6 enfants nés vivants ; chez les femmes actuellement en union, cette parité moyenne est de 3,8 enfants, soit 1,2 enfants de plus.

Pour l'ensemble des femmes, les parités augmentent de façon régulière et rapide avec l'âge de la femme : ainsi de moins de 0,1 enfant en moyenne à 15-19 ans, la parité passe à 0,7 enfant à 20-24 ans et à 6,4 à 45-49 ans, en fin de vie féconde. Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances vivantes ne met pas en évidence une fécondité précoce : il y a seulement moins de 5 % des jeunes filles de moins de 20 ans qui ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant ; mais, à partir de 20 ans, la fécondité des femmes augmente rapidement, puisque 45 % des femmes de 20-24 ans, ont, au moins, un enfant. Près de six femmes de 25-29 ans sur dix (64 %) ont eu, au moins, 2 enfants. Enfin, à 45-49 ans, en fin de vie féconde, plus d'une femme sur huit (12 %) a donné naissance à dix enfants ou plus.

Les résultats concernant les femmes actuellement en union montrent qu'à tous les âges, la parité est plus élevée que dans l'ensemble des femmes. Ceci traduit le fait que la fécondité est essentiellement « légitime ». La parité augmente régulièrement avec l'âge : à 20-24 ans, 80 % des femmes ont déjà eu, au moins, un enfant, et à 25-29 ans, cette proportion est de 94 % alors que parmi toutes les femmes de ce groupe d'âges 81 % ont eu, au moins, un enfant.

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
ENSEMBLE DES FEMMES															
15-19	95,5	3,8	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 387	0,05	0,05
20-24	55,1	25,7	13,5	4,8	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 548	0,71	0,65
25-29	18,5	17,5	23,9	20,7	13,6	4,0	1,6	0,0	0,1	0,0	0,0	100,0	1 374	2,13	1,88
30-34	4,4	8,7	15,7	19,3	20,5	17,7	8,7	2,8	1,4	0,7	0,1	100,0	937	3,59	3,08
35-39	4,2	3,7	6,8	12,5	15,2	20,1	16,7	10,8	5,7	3,2	1,1	100,0	769	4,77	3,99
40-44	2,0	2,3	5,2	8,6	12,8	13,2	17,2	15,9	9,4	7,8	5,7	100,0	678	5,75	4,72
45-49	1,5	2,3	3,1	7,9	10,5	11,2	13,5	15,3	14,2	8,9	11,6	100,0	620	6,36	4,99
Ensemble	34,6	11,4	10,9	10,2	9,0	7,3	5,9	4,3	2,9	1,9	1,6	100,0	7 313	2,59	2,17
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	(39,2)	(43,2)	(17,6)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	100,0	36	0,78	0,75
20-24	20,0	43,0	26,0	9,0	1,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	669	1,30	1,17
25-29	5,9	16,9	27,4	24,9	17,6	5,0	2,2	0,1	0,1	0,0	0,0	100,0	1 013	2,56	2,27
30-34	1,3	6,0	15,6	19,5	22,0	20,0	10,2	3,3	1,4	0,5	0,2	100,0	749	3,85	3,35
35-39	1,6	2,5	4,4	9,8	15,8	21,2	20,0	13,0	6,7	3,9	1,2	100,0	574	5,21	4,43
40-44	1,7	1,6	3,6	6,1	10,2	12,5	17,8	17,8	11,3	10,2	7,2	100,0	475	6,19	5,16
45-49	0,4	1,2	3,7	7,1	5,7	9,8	11,9	16,7	18,6	9,8	15,0	100,0	371	6,88	5,55
Ensemble	6,1	14,0	16,2	14,7	13,3	10,8	8,8	6,3	4,4	2,9	2,5	100,0	3 888	3,82	3,26

( ) Basé sur 25-49 cas non pondérés

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares au Rwanda où la population garde encore des comportements pro natalistes. Par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement mariées et âgées de 35-49 ans, âges auxquels la probabilité d'avoir un premier enfant devient très faible, permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Parmi ces femmes, 1,3 % n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Chez les femmes de 45-49 ans dont la probabilité d'avoir un premier enfant est pratiquement nulle, le niveau de stérilité primaire est de 0,4 %, chiffre cohérent avec les résultats des enquêtes précédentes : 1,3 % en 2000 (EDSR-II) et 2005 (EDSR-III).

Enfin, le tableau 4.5 présente le nombre moyen d'enfants vivants et survivants. Dans l'ensemble, une femme a, en moyenne, 2,2 enfants survivants et parmi les femmes en union ce nombre moyen est de 3,3, soit 85 % des enfants nés vivants. Autrement dit, 15 % des enfants nés vivants sont décédés ; ceci donne une première idée sur le niveau de la mortalité.

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Son étude revêt par ailleurs une importance certaine dans l'analyse de la fécondité. Il est admis que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent les risques de décès de la mère et de l'enfant. Les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme ; ce faisant, elles exposent la mère aux complications pendant et après la grossesse (fausses couches,

éclampsie). Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

On constate que le pourcentage des naissances survenues moins de 18 mois après la naissance précédente est relativement faible : 9 %. Environ, 13 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné, soit au total, 22 % de naissances espacées de moins de 24 mois de la naissance précédente (tableau 4.6). Néanmoins, une forte proportion des naissances (38 %) se produisent entre 2 et 3 ans après la naissance précédente, et environ 41 % des enfants sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est proche de 3 ans (32,5 mois), ce qui signifie que la moitié des naissances intervient dans un intervalle de près de 3 ans après la naissance précédente. Cet intervalle médian est très proche de celui estimé en 2005 (31 mois selon l'EDSR-III). Il en est de même pour la proportion de naissances se produisant dans un intervalle inférieur à 24 mois par rapport à la naissance précédente (23 %).

L'âge des mères influe sur la durée d'espacement des naissances. En effet, on remarque que les intervalles intergénésiques sont plus courts chez les jeunes femmes que chez les plus âgées : de 29,4 mois chez les femmes de 20-29 ans, il passe de 33,6 mois chez celles de 30-39 ans et 39,0 mois chez celles de 40-49 ans.

Cette corrélation entre l'âge des mères et la longueur de l'intervalle intergénésique devrait être nuancée dans la mesure où les femmes jeunes ayant souvent moins d'enfants sont moins enclines à différer l'arrivée d'une prochaine naissance[2]. Cela se confirme dans la répartition des naissances selon la longueur de l'intervalle par rang de naissance. On observe en effet, que l'intervalle augmente légèrement avec le rang de naissance, passant de 31,9 mois pour les enfants précédés d'un ou de deux autres à 32,9 mois et 33,5 mois pour ceux qui sont précédés de plus d'enfants.

Selon le sexe de l'enfant, on n'observe pas de différence significative de l'intervalle intergénésique. Par contre, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie (intervalle médian de 27,0 mois contre 33,1 mois). Par ailleurs, alors que seulement 6 % des naissances surviennent dans les 18 mois lorsque l'enfant précédent est en vie, plus de 24 % des naissances se produisent dans un délai inférieur à 18 mois lorsque l'enfant précédent est décédé.

La durée des intervalles intergénésiques diffère légèrement selon le milieu de résidence des femmes. C'est en milieu rural qu'elle est la plus courte (32,4 mois contre 33,3 mois en milieu urbain). Concernant les provinces, on remarque des écarts très faibles. L'intervalle intergénésique varie d'un maximum de 32,9 mois à l'Ouest à un minimum de 32,0 mois dans la ville de Kigali.

Les résultats montrent que le niveau d'instruction de la mère influence très peu la durée de l'intervalle intergénésique : la valeur médiane est la même pour les naissances dont la mère n'a aucune instruction et pour les naissances dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (32,5 mois). Pour les naissances dont la mère a une instruction primaire, l'intervalle est de 32,1 mois.

Enfin, les résultats ne mettent pas en évidence d'association très nette entre le niveau de bien-être et la longueur de l'intervalle intergénésiques : celle-ci est de 34,8 mois dans le plus pauvre et garde à peu près la même valeur dans les autres quintiles (31,6 à 32,8 mois).

[2] Seuls 0,7 % des femmes de 15-19 ans et 19,3 % de celles de 20-24 ans ont 2 enfants ou plus.

Tableau 4.6 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Mois depuis la naissance précédente						Ensemble	Effectif de naissances qui ne sont pas de premier rang	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48-59	60+			
Groupe d'âges									
15-19	*	*	*	*	*	*	*	11	*
20-29	11,5	16,2	43,3	17,9	6,6	4,4	100,0	1 669	29,4
30-39	6,8	12,6	36,7	23,4	9,8	10,8	100,0	2 034	33,6
40-49	6,8	7,8	27,2	26,6	12,0	19,6	100,0	720	39,0
Rang de naissance									
2-3	9,6	14,4	36,7	19,4	9,2	10,7	100,0	1 938	31,9
4-6	7,2	12,3	39,8	23,1	8,4	9,3	100,0	1 771	32,9
7+	9,6	12,3	34,8	25,1	9,8	8,4	100,0	726	33,2
Sexe de la naissance précédente									
Masculin	9,3	13,1	37,9	21,6	9,0	9,2	100,0	2 220	32,5
Féminin	8,0	13,3	37,4	22,0	8,9	10,4	100,0	2 214	32,6
Survie de la naissance précédente									
Vivant	6,2	12,7	39,1	23,2	9,1	9,8	100,0	3 833	33,1
Décédé	23,8	16,5	28,2	13,1	8,4	9,9	100,0	601	27,0
Milieu de résidence									
Urbain	8,3	14,5	33,7	22,7	9,0	11,7	100,0	588	33,3
Rural	8,7	13,0	38,2	21,7	9,0	9,5	100,0	3 846	32,4
Province									
Ville de Kigali	10,8	15,9	32,0	19,5	9,2	12,6	100,0	307	32,0
Sud	6,7	14,9	35,5	21,3	10,1	11,4	100,0	1 123	32,8
Ouest	8,7	14,1	36,3	22,6	8,9	9,4	100,0	1 106	32,9
Nord	8,3	12,4	40,2	23,8	7,0	8,3	100,0	807	32,4
Est	10,2	10,3	40,8	20,7	9,2	8,8	100,0	1 091	32,3
Niveau d'instruction									
Aucun	9,4	12,9	34,7	22,7	9,1	11,2	100,0	1 257	33,5
Primaire	8,5	13,1	39,6	21,3	8,5	9,0	100,0	2 886	32,1
Secondaire/Supérieur	6,4	15,7	31,0	22,6	12,8	11,4	100,0	292	33,5
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	6,5	12,4	34,3	20,5	13,4	13,0	100,0	673	34,8
Second	8,2	10,3	41,9	22,6	7,9	9,1	100,0	1 317	32,8
Moyen	10,6	12,5	39,3	20,6	9,1	7,9	100,0	873	31,7
Quatrième	7,5	14,5	36,2	24,3	7,6	9,9	100,0	870	32,3
Le plus riche	10,4	18,5	32,4	20,1	8,3	10,3	100,0	701	31,6
Ensemble	8,6	13,2	37,6	21,8	9,0	9,8	100,0	4 434	32,5

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues ; l'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont leur première naissance est déterminant pour leur descendance finale et peut avoir des répercussions importantes en ce qui concerne leur propre santé et celle de leurs enfants. Le tableau 4.7 présente la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Tableau 4.7 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une première naissance avant d'atteindre certains âges exacts, pourcentage qui n'ont jamais eu d'enfant et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Pourcentage qui ont eu une première naissance avant d'atteindre l'âge: 15	18	20	22	25	Pourcentage n'ayant jamais eu de naissance	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
15-19	0,3	na	na	na	na	95,5	1 387	a
20-24	1,1	6,7	19,0	na	na	55,1	1 548	a
25-29	1,1	10,0	26,8	47,9	71,7	18,5	1 374	22,2
30-34	1,5	9,8	25,4	50,6	76,7	4,4	937	22,0
35-39	2,1	8,6	22,4	44,3	74,4	4,2	769	22,5
40-44	1,7	9,4	26,4	44,6	72,3	2,0	678	22,5
45-49	1,8	8,7	25,2	46,9	72,1	1,5	620	22,3
25-49	1,6	9,4	25,4	47,2	73,4	8,0	4 378	22,3

na = Non applicable.
a = Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

Les résultats montrent que l'âge médian à la première naissance n'a pratiquement pas subi de modification d'une génération à l'autre (d'un minimum de 22,0 ans à un maximum de 22,5 ans) et aucune tendance ne permet de conclure à un rajeunissement ou à un vieillissement de cet âge médian à la première naissance.

Selon les résultats présentés au tableau 4.8 on peut noter que l'âge médian à la première naissance s'établit à 22,3 ans pour les femmes de 25-49 ans ; dans l'EDSR-III de 2005, il était de 22,0 ans.

Le tableau 4.8 présente l'âge médian à la première naissance en fonction des différentes caractéristiques socioéconomiques. L'âge médian à la première naissance présente certaines variations selon les caractéristiques socio-démographiques. En effet, la venue d'un premier enfant intervient un peu plus tôt chez les femmes du milieu rural (22,2 ans) que chez celles du milieu urbain (22,5 ans) et c'est dans la province Sud (23,0 ans), suivie de la Ville de Kigali (22,8 ans) que l'âge médian à la première naissance est le plus tardif. Dans les autres provinces, l'âge médian à la première naissance varie d'un minimum de 21,6 ans dans la province Est à un maximum de 22,1 ans dans la province Ouest. Par ailleurs, le niveau d'instruction des femmes tend à influencer leur âge médian à la première naissance : les femmes sans niveau d'instruction (21,6 ans) et celles ayant un niveau d'instruction primaire (22,3 ans) se distinguent par un âge médian à la première naissance plus précoce que celui des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (24,7 ans).

Les résultats selon le niveau de bien-être du ménage montrent que l'arrivée de la première naissance est plus tardive parmi les femmes des ménages du quintile le plus riche (22,8 ans) que parmi celles des ménages du quintile le plus pauvre (21,9 ans).

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance						
Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-économiques, Rwanda 2007-2008						
Caractéristique sociodémographique	Âge actuel					Âge
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
Milieu de résidence						
Urbain	22,6	22,2	23,1	22,5	22,3	22,5
Rural	22,2	21,9	22,4	22,4	22,3	22,2
Province						
Ville de Kigali	22,8	22,7	24,0	22,1	22,9	22,8
Sud	23,3	22,8	23,0	23,2	22,7	23,0
Ouest	22,3	21,9	22,1	22,3	22,0	22,1
Nord	21,6	22,1	22,1	22,1	22,2	22,0
Est	21,4	21,1	22,1	22,2	21,7	21,6
Niveau d'instruction						
Aucun	21,0	21,4	21,4	21,9	22,1	21,6
Primaire	22,3	21,8	22,7	22,5	22,2	22,3
Secondaire/supérieur	-	23,9	24,7	24,5	25,0	24,7
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	21,7	21,5	21,8	22,0	22,4	21,9
Second	22,0	21,9	22,6	22,0	22,0	22,1
Moyen	22,0	21,7	22,4	22,5	22,5	22,2
Quatrième	22,1	22,3	22,7	22,9	21,9	22,4
Le plus riche	23,0	22,4	22,9	23,0	22,9	22,8
Ensemble	22,2	22,0	22,5	22,5	22,3	22,3

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Il est important d'examiner la fécondité des adolescentes pour des raisons diverses. Premièrement, les enfants nés de mère très jeune courent des risques élevés de morbidité et de mortalité. Deuxièmement, les mères adolescentes sont plus exposées aux complications durant la grossesse et moins aptes à les gérer, ce qui leur fait courir des risques accrus de complications pendant l'accouchement et des risques plus élevés de décéder de causes maternelles. Troisièmement, leur entrée précoce dans la vie reproductive réduit leurs opportunités d'acquérir une instruction, de s'insérer dans la vie active et, par conséquent, de devenir autonome. Rappelons que les jeunes femmes de 15-19 ans qui constituent 19 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer ne contribuent que pour moins de 4 % à la fécondité totale des femmes.

Le tableau 4.9 présente les proportions par âge détaillé entre 15 et 19 ans, des adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, on constate que 6 % des jeunes femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 5 % sont déjà mères et 1 % sont enceintes pour la première fois. À l'âge de 16-17 ans, en moyenne près de 2,5 % des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l'âge : à 18 ans, 9 % des femmes ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes pour la première fois et, à 19 ans, cette proportion atteint 14 % dont 11 % des femmes ont déjà, au moins, un enfant.

Selon le milieu de résidence, on constate que les résultats du tableau 4.9 montrent que les adolescentes résidant en milieu urbain commencent leur vie féconde plus tard que leurs consœurs du milieu rural. En effet, en milieu urbain, 5 % d'adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde contre

environ 6 % dans le rural. De même, par rapport aux provinces, on note aussi des disparités : la proportion d'adolescentes qui ont commencé leur vie féconde varie d'un minimum de moins de 5 % dans l'Est à un maximum de 9 % dans la Ville de Kigali. L'entrée précoce en vie reproductive est plus fréquente parmi les adolescentes ayant une instruction primaire (6 %) et sans niveau d'instruction (5 %) que parmi celles ayant une instruction secondaire ou plus (3 %). Par ailleurs, les résultats selon les quintiles de bien–être ne font pas apparaître de différences significatives : la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde varie d'un maximum de 7 % dans le second et dans le quintile moyen à 4 % dans le dernier quintile. Ces écarts moins importants signifient qu'au Rwanda, le niveau de vie des adolescentes n'influence pas leur comportement en matière de procréation. Enfin, il faut signaler que la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde a très peu changé depuis 2000, passant de 7 % en 2000 à 4 % en 2005 et à 6 % en 2007-2008.

Tableau 4.9 Grossesse et fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu un enfant ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie féconde, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	Pourcentage qui:			
Caractéristiques sociodémographiques	Ont eu une naissance vivante	Sont enceintes d'un premier enfant	Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif de femmes
Âge				
15	0,0	0,0	0,0	265
16	1,9	0,7	2,6	274
17	1,2	1,2	2,4	267
18	7,3	1,3	8,6	293
19	11,3	2,8	14,1	288
Milieu de résidence				
Urbain	4,2	1,1	5,3	275
Rural	4,6	1,3	5,8	1 112
Province				
Ville de Kigali	6,4	2,7	9,1	155
Sud	4,5	1,1	5,6	371
Ouest	3,4	1,7	5,2	320
Nord	5,0	1,1	6,0	234
Est	4,2	0,2	4,5	308
Niveau d'instruction				
Aucun	5,1	0,0	5,1	104
Primaire	4,8	1,5	6,3	1 076
Secondaire/Supérieur	2,5	0,4	2,9	207
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	4,3	1,1	5,4	197
Second	5,6	1,5	7,1	356
Moyen	4,3	2,6	6,9	244
Quatrième	5,2	0,0	5,2	207
Le plus riche	3,3	0,8	4,1	383
Ensemble	4,5	1,2	5,7	1 387

PLANIFICATION FAMILIALE 5

Les activités dans le domaine de la planification familiale ont débuté au Rwanda en 1982. Après la conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, les pays en développement ont approfondi leurs politiques démographique et de développement et d'intégrer les prestations de la planification familiale dans le cadre plus global de la santé de la reproduction, le Rwanda a redéfini sa politique de la santé de la reproduction de façon à promouvoir l'intégration des services de PF dans tous les services de santé du pays.

Ainsi, déjà en 1992, les résultats de l'EDSR-I avaient t montré que seulement 21 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive quelconque ; 13 % utilisaient une méthode moderne et 8 % une méthode traditionnelle (ONAPO et Macro International, 1994). Les résultats de l'EDSR-II de 2000 ont mis en évidence une baisse de la prévalence contraceptive parmi les femmes en union, la proportion d'utilisatrices se situant autour de 13 % en 2000. Cette diminution était due en grande partie aux conséquences des évènements sociaux de 1994 qui avaient désorganisé le système de santé et obligé la population à avoir davantage recours aux moyens traditionnels de PF. En 2005, la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union avait augmenté et atteignait 10 % (EDSR 2005) ; ces proportions étaient de 21 % en milieu urbain et de 9 % en milieu rural (INSR et ORC Macro, 2006). Pratiquement toutes les femmes (95 %) et tous les hommes (98 %) connaissaient au moins une méthode contraceptive.

De ce qui précède, force est de reconnaitre une sous utilisation des méthodes contraceptives au Rwanda. L'une des raisons de cette faible utilisation contraceptive est le maintien, à un niveau élevé, du niveau de la fécondité ; une femme a, en moyenne 5,5 enfants et ce nombre moyen a peu changé depuis 1992 (6,2 enfants par femme). À l'EDSR de 2005, 43 % des femmes en union ont déclaré qu'elles ne désiraient plus d'enfants et 59 % ont déclaré qu'elles souhaitaient utiliser une méthode contraceptive dans le futur. De même, près de deux femmes en union sur cinq (38 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (soit, elles veulent espacer soit, elles souhaitent limiter leur nombre d'enfants mais elles n'utilisent pas actuellement une méthode de contraception). La majorité de ces femmes souhaiteraient utiliser une méthode pour espacer leurs naissances (25 %), alors que 13 % voudraient limiter la taille de leur famille.

L'EDSR de 2005 a mis en évidence une fréquence élevée des opportunités manquées pour la promotion de la planification familiale telle que encourager l'offre de conseils et/ou de prestations des services. Par exemple, près d'une femme sur cinq (19 %) s'est rendue dans un établissement de santé sans qu'aucun prestataire n'ait discuté de la planification familiale avec elle.

La mise en œuvre du programme de planification familiale et de santé reproductive est coordonnée par un groupe de travail sur la Santé maternelle et Infantile du Ministère de la santé. (MCH). En 2005, la Direction du Secteur Santé du Gouvernement du Rwanda a adopté une nouvelle politique en matière de santé reproductive qui décentralise les prestations de services PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays (FOSACOM, CS, HD, HDRef, cliniques privées, dépôts pharmaceutiques), et favorise l'utilisation des méthodes modernes de PF. La nouvelle politique comprend l'offre gratuite du paquet de services dans les établissements de l'État aux femmes en âge de reproduction, l'éducation sexuelle dans les écoles, et l'amélioration de l'accès aux soins de santé reproductive de base.

Au cours de l'EIDSR-2008, on a posé des questions aux femmes sur l'utilisation de la planification familiale. Les réponses à ces questions ont permis d'estimer la prévalence contraceptive au Rwanda. En outre, on a demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception si elles avaient l'intention de l'utiliser dans l'avenir et, dans le cas d'une réponse positive, quelle serait la méthode de leur choix. Ces résultats permettent d'évaluer les actions en cours et de réorienter, si nécessaire, les stratégies déjà mises en place.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire de l'enquête ont été classées en deux catégories :

- **les méthodes modernes,** comprenant la contraception chirurgicale volontaire (stérilisation féminine et stérilisation masculine), les méthodes hormonales (la pilule, les injectables, les implants), le stérilet ou DIU (dispositif intra-utérin), les méthodes de barrière (condom masculin, condom féminin, diaphragme), les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la pilule du lendemain, les méthodes basées sur la fertilité (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et méthode des jours fixes (MJF)/collier) ;

- **les méthodes traditionnelles**, comprenant la continence périodique et le retrait, les méthodes, dites « populaires », comme les herbes, les gris-gris, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

La collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes s'est déroulée en deux étapes. D'abord, l'enquêtrice notait la (ou les) méthode(s) spontanément citée(s) par l'enquêté. Ensuite, dans le cas où l'enquêté n'avait pas cité toutes les méthodes listées dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève description des méthodes non citées et enregistrer si, oui ou non, l'enquêté en avait entendu parler. On considère qu'une femme ou un homme connaît une méthode contraceptive, si il/elle l'a citée spontanément ou si il/elle a déclaré la connaître après que la description lui ait été faite par l'enquêtrice.

Les résultats obtenus présentés au tableau 5.1 montrent que la connaissance de la contraception est quasi générale : 97 % des femmes connaissent, au moins, une méthode contraceptive quelconque. Cette connaissance est de 99 % chez les femmes actuellement en union. On note que le niveau de connaissance des méthodes modernes est plus élevé que celui des méthodes traditionnelles, aussi bien dans l'ensemble des femmes (97 % contre 81 %) que parmi les seules femmes en union (99 % contre 90 %).

Le nombre moyen de méthodes connues parmi toutes les femmes est de 8,5 ; parmi les femmes en union, ce nombre moyen est un peu plus élevé (9,7).

Les résultats par type de méthode montrent que, que ce soit chez toutes les femmes ou chez les seules femmes en union, ce sont la pilule (respectivement 88 % et 95 %), les injectables (respectivement 90 % et 96 %), le condom masculin (respectivement 93 % et 95 %) qui sont les plus fréquemment connues, suivies de la stérilisation féminine (respectivement 65 % et 72 %), des implants (respectivement 60 % et 74 %) et du condom féminin (respectivement 58 % et 63 %). À l'opposé, le DIU (53 % et 64 %) ainsi que la méthode des jours fixes (52 % et 64 %), la MAMA (respectivement 50 % et 62 %) et la stérilisation masculine (respectivement 43 % et 50 %) sont les méthodes les moins connues.

Tableau 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans, d'hommes et de femmes actuellement en union et d'hommes et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs qui connaissent une méthode contraceptive, selon la méthode, Rwanda 2007-2008

	Femmes		Hommes	
Méthode	Ensemble des femmes	Femmes actuellement en union	Ensemble des hommes	Hommes actuellement en union
N'importe quelle méthode	97,4	99,0	97,7	99,5
Une méthode moderne	97,1	98,8	97,6	99,4
Stérilisation féminine	65,3	71,9	66,4	77,0
Stérilisation masculine	42,8	50,1	45,8	56,0
Pilule	88,4	94,9	79,2	89,1
DIU	52,5	63,6	41,5	54,4
Injectables	89,7	96,2	82,0	91,3
Implants	60,0	73,8	42,4	57,8
Condom masculin	92,5	94,8	96,4	98,4
Condom féminin	57,7	63,1	53,6	60,2
MAMA[1]	49,5	61,5	31,9	44,2
MJF[2]	51,9	64,1	0,0	0,0
Une méthode traditionnelle	78,7	87,4	78,7	91,1
Continence périodique	73,2	80,5	69,4	81,8
Retrait	58,9	74,5	62,1	80,0
Méthodes populaires	0,5	0,6	36,5	49,1
Nombre moyen de méthodes connues	8,0	9,1	7,6	9,1
Effectif d'enquêtés de 15-49	7 313	3 888	6 197	3 065
Nombre moyen de méthodes connues	na	na	7,7	9,0
Effectif d'enquêtés de 15-59	na	na	6 837	3 656

na = Non applicable.
[1] Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
[2] Méthode des Jours Fixes

En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, les résultats montrent que 81 % des femmes en union ont déclaré connaître la continence périodique et 75 % connaissent le retrait.

Si on compare les résultats de cette enquête et ceux de l'EDSR-2005, on peut noter une amélioration de la connaissance des méthodes contraceptives, la proportion de femmes ayant déclaré connaître, au moins, une méthode quelconque étant passé de 95 % en 2005 à 97 % en 2007-2008. Les proportions de femmes ayant déclaré connaître le DIU et le condom féminin ont particulièrement augmenté entre ces deux dates.

Les questions sur la connaissance des méthodes de planification familiale ont également été posées aux hommes. Selon les résultats du tableau 5.1, il apparaît que pratiquement tous les hommes (98 %) connaissent, au moins, une méthode contraceptive. Les méthodes modernes sont connues par 98 % des hommes et une proportion plus faible (79 %) ont déclaré connaître au moins une méthode traditionnelle. Ainsi, la connaissance des méthodes contraceptives modernes est aussi élevée parmi les femmes que parmi les hommes. Par contre, les méthodes contraceptives traditionnelles sont également connues des femmes que des hommes.

5.2 CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le tableau 5.2 présente les pourcentages de femmes et d'hommes actuellement en union, qui connaissent, au moins, une méthode quelconque ou une méthode moderne de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les résultats concernant les femmes ne font pas apparaître d'écarts importants ni selon l'âge, ni selon les autres caractéristiques sociodémographiques, cela que ce soit pour une méthode quelconque ou moderne. En effet, les niveaux de connaissance sont, dans tous les sous-groupes de femmes, élevés. Tout au plus peut-on souligner que dans le groupe d'âges de 15-19 ans, ce niveau de connaissance est un peu plus faible (93 %).

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans, actuellement en union, qui connaissent, au moins, une méthode contraceptive et pourcentage qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne	Effectif	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	92,6	92,6	36	88,1	88,1	8
20-24	99,1	98,9	669	99,7	99,7	282
25-29	99,2	98,7	1 013	99,2	99,2	714
30-34	99,5	99,4	749	99,6	99,4	635
35-39	99,6	99,5	574	99,9	99,9	546
40-44	98,1	97,8	475	99,6	99,6	486
45-49	97,9	97,9	371	99,0	98,6	393
Milieu de résidence						
Urbain	98,8	98,8	566	99,6	99,6	453
Rural	99,0	98,7	3 322	99,4	99,3	2 612
Province						
Ville de Kigali	98,1	98,1	309	99,0	99,0	267
Sud	98,6	98,2	985	99,4	99,0	745
Ouest	99,3	99,3	943	99,9	99,9	768
Nord	99,3	99,0	727	99,4	99,4	578
Est	99,0	98,8	923	99,3	99,3	707
Niveau d'instruction						
Aucun	97,8	97,3	1 011	98,5	98,1	611
Primaire	99,5	99,3	2 539	99,7	99,7	2 091
Secondaire/Supérieur	98,9	98,9	338	99,6	99,6	363
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	98,8	98,8	528	99,3	99,3	371
Second	98,9	98,8	1,072	99,6	99,4	836
Moyen	99,3	99,2	776	99,5	99,5	631
Quatrième	99,2	98,7	795	99,2	98,9	649
Le plus riche	98,6	98,4	716	99,7	99,7	578
Ensemble 15-49	99,0	98,8	3 888	99,5	99,4	3 065
Ensemble 15-59	na	na	na	99,0	98,9	3 656

Chez les hommes, on constate également que les niveaux de connaissance sont élevés, cela quelle que soit la caractéristique sociodémographique. Comme chez les femmes, c'est parmi les plus jeunes de 15-19 ans que l'on constate la proportion la plus faible de ceux qui connaissent une méthode, quelconque ou moderne (88 %).

5.3 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Les données de l'EIDSR-2007-2008 permettent d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation au moment de l'enquête.

5.3.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Aux femmes et aux hommes qui avaient déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive, les enquêteurs leur ont ensuite demandé s'ils avaient déjà utilisé cette ou ces méthodes, ceci afin de mesurer le niveau de la pratique contraceptive à un moment quelconque de leur vie, par type de méthode spécifique.

Le tableau 5.3.1 présente les pourcentages de femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. Près de deux femmes sur cinq (39 %) ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie.

Les méthodes traditionnelles ont été beaucoup moins utilisées que les méthodes modernes (19 % contre 29 %). En fonction de l'âge, on constate que c'est au-delà de 20 ans que les pourcentages d'utilisation d'une méthode quelconque ou moderne, à un moment quelconque, sont les plus élevés. Les principales méthodes modernes utilisées ont été les injectables (17 %) et la pilule (10 %). En outre, 5 % des femmes ont déclaré avoir utilisé le condom masculin et 4 % la MAMA. En ce qui concerne les autres méthodes modernes, les proportions sont extrêmement faibles. Seulement 0,5 % des femmes ont eu recours à la stérilisation. Ce sont essentiellement les femmes de 40-49 ans qui ont déclaré le plus fréquemment avoir utilisé cette méthode de planification (environ 1 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique (14 %) et le retrait (10 %) sont les méthodes qui ont été les plus utilisées.

Parmi les femmes en union, on constate plus d'une sur deux a déclaré avoir utilisé au cours de sa vie une méthode quelconque de contraception (56 %), soit une proportion nettement supérieure à celle de l'ensemble des femmes (39 %). Concernant l'utilisation passée d'une méthode moderne, on constate également des proportions plus élevée parmi les femmes en union par rapport à l'ensemble des femmes (44 % contre 29 %). En outre, au cours de leur vie, les femmes en union ont plus fréquemment utilisé une méthode moderne qu'une méthode traditionnelle (44 % contre 25 %). Comme pour l'ensemble des femmes, ce sont les injectables (26 %) et la pilule (15 %) qui ont été les méthodes les plus fréquemment utilisées par les femmes en union. Seulement 6 % des femmes ont déclaré avoir utilisé le condom masculin. Parmi les méthodes traditionnelles, les femmes en union ont utilisé à un certain moment la continence périodique (17 %) et le retrait (16 %).

Le tableau 5.3.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. Un peu moins de deux hommes de 15-49 ans sur cinq (38 %) a déjà utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de sa vie. Les méthodes traditionnelles ont été plus utilisées que les méthodes modernes (28 % contre 18 %). En fonction de l'âge, on constate que c'est entre 25-39 ans, que les pourcentages d'utilisation d'une méthode moderne à un moment quelconque sont les plus élevées (entre 25 % et 26 %). Le condom masculin a été la principale méthode moderne utilisée (18 %) alors que parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui a été la plus fréquemment utilisée (23 %).

Tableau 5.3.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque: Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans et de femmes actuellement en union qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode, selon le groupe d'âges, Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne: Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	Condom féminin	MAMA	MJF	Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle: Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	Effectif de femmes
ENSEMBLE DES FEMMES																	
15-19	10,5	3,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,8	0,1	1,5	0,0	0,0	0,6	8,3	7,9	0,6	0,0	1 387
20-24	28,1	18,5	0,1	0,1	5,6	0,4	8,9	0,5	4,9	0,3	2,0	0,7	14,3	11,7	5,9	0,0	1 548
25-29	46,8	36,4	0,3	0,0	12,0	0,8	21,0	2,4	5,8	0,1	3,7	1,2	19,1	14,2	10,5	0,1	1 374
30-34	58,0	45,7	0,6	0,2	14,5	0,6	28,5	2,2	8,8	0,0	6,6	2,1	24,9	17,3	15,7	0,0	937
35-39	58,1	44,8	0,8	0,1	16,2	0,6	26,3	1,9	7,4	0,0	6,7	0,7	26,6	18,8	17,4	0,1	769
40-44	55,3	40,1	1,4	0,3	16,6	1,2	25,0	0,9	5,1	0,1	5,4	0,8	28,7	21,1	15,4	0,1	678
45-49	44,8	33,3	1,1	0,0	12,1	0,5	20,6	1,4	1,2	0,3	5,5	1,3	22,5	16,5	13,6	0,0	620
Ensemble	39,2	28,5	0,5	0,1	9,7	0,5	16,5	1,2	4,9	0,1	3,6	1,0	18,7	14,2	9,7	0,0	7 313
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																	
15-19	36,4	29,2	0,0	0,0	13,1	0,0	12,4	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0	16,6	9,2	9,3	0,0	36
20-24	42,4	32,7	0,1	0,2	11,9	0,8	16,7	0,9	5,8	0,4	3,7	0,9	17,4	12,3	10,5	0,0	669
25-29	54,1	43,2	0,4	0,0	14,2	1,0	25,8	3,0	5,2	0,1	4,6	1,5	21,3	14,9	13,2	0,1	1 013
30-34	64,0	50,6	0,4	0,2	15,6	0,7	32,3	2,6	8,5	0,0	7,3	2,5	27,5	18,8	17,9	0,1	749
35-39	64,6	49,7	0,8	0,2	18,2	0,7	29,6	2,2	8,0	0,0	7,8	0,9	30,3	21,7	20,1	0,1	574
40-44	61,1	45,5	1,7	0,5	19,1	1,1	28,1	1,2	4,6	0,2	6,7	1,1	31,6	21,7	19,5	0,1	475
45-49	51,4	39,3	1,5	0,0	14,0	0,3	25,2	2,1	0,9	0,5	7,1	1,6	26,2	18,6	17,7	0,0	371
Ensemble	56,0	43,6	0,7	0,2	15,2	0,8	26,1	2,1	5,9	0,2	5,9	1,4	24,8	17,4	15,8	0,1	3 888

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
MJF = Méthode des Jours Fixes.

Tableau 5.3.2 Utilisation de la contraception à un moment quelconque: Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans et d'hommes actuellement en union qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode, selon le groupe d'âges, Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne: Stérilisation masculine	Méthode moderne: Condom masculin	Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle: Continence périodique	Méthode traditionnelle: Retrait	Effectif d'hommes
ENSEMBLE DES HOMMES								
15-19	9,8	4,7	0,2	4,5	6,0	5,4	1,0	1 461
20-24	29,8	18,9	0,3	18,7	16,6	13,2	6,8	1 245
25-29	47,4	25,4	0,4	25,1	32,3	25,9	17,1	1 156
30-34	52,9	24,9	0,1	24,9	40,5	33,5	24,1	769
35-39	59,2	26,1	0,5	25,8	47,9	39,5	27,0	616
40-44	57,1	22,3	0,5	21,9	49,8	40,8	30,0	522
45-49	52,8	16,3	0,4	16,0	46,1	38,7	25,3	428
Ensemble 15-49	38,0	18,3	0,3	18,1	28,0	22,9	14,7	6 197
Ensemble 15-59	38,7	17,5	0,4	17,2	29,3	24,0	15,7	6 837
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION								
15-19	17,1	0,0	0,0	0,0	17,1	17,1	0,0	8
20-24	47,3	20,2	0,0	20,2	40,1	30,3	21,0	282
25-29	52,6	21,3	0,4	20,9	43,4	36,0	23,6	714
30-34	52,2	20,2	0,1	20,2	43,8	38,3	25,6	635
35-39	60,5	24,3	0,5	23,9	51,7	43,0	29,3	546
40-44	58,3	21,6	0,5	21,2	52,3	42,8	31,5	486
45-49	53,4	15,4	0,5	15,0	47,8	39,9	26,5	393
Ensemble 15-49	54,3	20,7	0,3	20,5	46,6	38,7	26,3	3 065
Ensemble 15-59	53,0	18,9	0,4	18,6	46,0	38,1	26,2	3 656

Parmi les hommes en union de 15-49 ans, plus de la moitié (54 %) a déclaré avoir déjà utilisé une méthode quelconque de contraception, soit une proportion plus élevée par rapport à celle de l'ensemble des hommes (38 %) (tableau 5.3.2). Ce niveau d'utilisation passée diffère assez peu de celui déclaré par les femmes en union (56 %). Par contre, les hommes en union ont plus fréquemment utilisé le condom masculin que les femmes (21 % contre 6 %). De même, ils ont été proportionnellement plus de deux fois plus nombreux que les femmes en union à avoir utilisé la continence périodique (39 % contre 18 %).

5.3.2 Utilisation actuelle de la contraception

La prévalence contraceptive correspond au pourcentage de femmes en âge de reproduction qui utilisent une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête. Les résultats présentés au tableau 5.4 montre que, dans l'ensemble, près d'une femme sur quatre (24 %) utilise actuellement une méthode contraceptive ; 16 % ont recours à une méthode moderne et 8 % utilisent une méthode traditionnelle. Comme pour l'utilisation passée, les femmes utilisent essentiellement deux méthodes : les injectables (9 %) et la pilule (4 %). Les autres méthodes ne sont pratiquement pas utilisées (moins de 1 % des enquêtées) sauf le condom masculin qui est utilisé par 1,4 % de l'ensemble de femmes.

La prévalence contraceptive chez les femmes en union, au moment de l'enquête, était de 36 % pour une méthode quelconque et 27 % pour une méthode moderne. Dans 9 % des cas, ces femmes utilisaient au moment de l'enquête une méthode traditionnelle. Les méthodes modernes les plus utilisées étaient également les injectables (15 %) et la pilule (6 %). Parmi les méthodes traditionnelles, ce sont la continence périodique (6 %) et le retrait (3 %) qui sont les méthodes les plus utilisées.

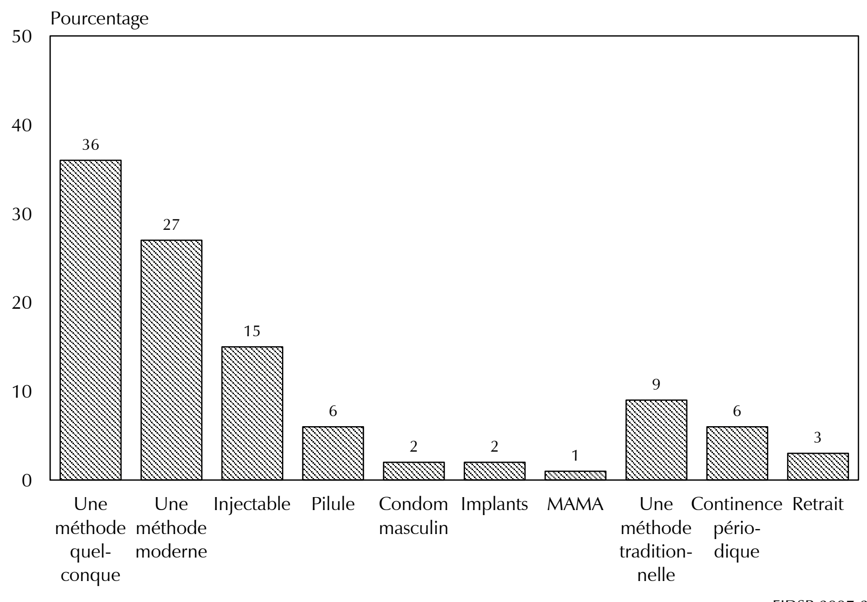
Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception selon âge

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée selon le groupe d'âges, Rwanda 2007-2008

		Méthode moderne											Une méthode tradition-nelle	Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuelle-ment		
Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérili-sation féminine	Stérili-sation masculine	Pilule	DIU	Inject-ables	Implants	Con dom masculin	Condom féminin	MAMA	MJF		Continence périodique	Retrait	Méthode populaire		Total	Effectif de femmes
ENSEMBLE DES FEMMES																			
15-19	7,3	1,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	5,8	5,7	0,1	0,0	92,7	100,0	1 387
20-24	16,7	11,0	0,1	0,0	2,4	0,0	6,2	0,5	1,5	0,0	0,3	0,1	5,7	4,9	0,8	0,0	83,3	100,0	1 548
25-29	30,5	24,5	0,3	0,0	5,7	0,1	13,6	2,0	1,4	0,1	1,0	0,3	6,0	5,1	0,9	0,0	69,5	100,0	1 374
30-34	39,5	29,5	0,6	0,2	5,7	0,1	16,8	1,5	2,9	0,0	1,4	0,3	10,0	6,2	3,8	0,0	60,5	100,0	937
35-39	35,2	25,2	0,8	0,1	5,9	0,2	13,3	1,4	2,3	0,0	0,9	0,4	10,0	7,3	2,8	0,0	64,8	100,0	769
40-44	32,7	19,1	1,4	0,1	4,1	0,1	10,9	0,6	1,2	0,0	0,7	0,2	13,6	10,0	3,6	0,1	67,3	100,0	678
45-49	17,5	10,0	1,1	0,0	2,6	0,1	5,1	0,4	0,3	0,0	0,2	0,2	7,5	5,4	2,1	0,0	82,5	100,0	620
Ensemble	23,9	16,3	0,5	0,0	3,6	0,1	9,0	0,9	1,4	0,0	0,6	0,2	7,7	6,0	1,7	0,0	76,1	100,0	7 313
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																			
15-19	23,7	23,7	0,0	0,0	11,2	0,0	10,5	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	76,3	100,0	36
20-24	26,0	21,6	0,1	0,0	5,5	0,1	12,5	0,9	2,1	0,0	0,4	0,0	4,5	2,6	1,9	0,0	74,0	100,0	669
25-29	36,3	30,6	0,4	0,0	7,4	0,2	17,0	2,6	1,2	0,1	1,3	0,4	5,6	4,4	1,2	0,0	63,7	100,0	1 013
30-34	45,1	34,1	0,4	0,2	6,6	0,2	19,6	1,7	3,2	0,0	1,8	0,4	10,9	6,4	4,6	0,0	54,9	100,0	749
35-39	42,5	30,4	0,8	0,2	7,4	0,2	16,0	1,7	2,6	0,0	1,0	0,5	12,2	8,7	3,5	0,0	57,5	100,0	574
40-44	40,8	25,2	1,7	0,2	5,7	0,1	14,1	0,7	1,5	0,0	1,0	0,3	15,6	10,5	5,0	0,1	59,2	100,0	475
45-49	23,8	14,3	1,5	0,0	3,9	0,1	7,1	0,7	0,2	0,0	0,3	0,4	9,5	6,0	3,5	0,0	76,2	100,0	371
Ensemble	36,4	27,4	0,7	0,1	6,4	0,2	15,2	1,6	1,9	0,0	1,0	0,3	8,9	6,0	3,0	0,0	63,6	100,0	3 888

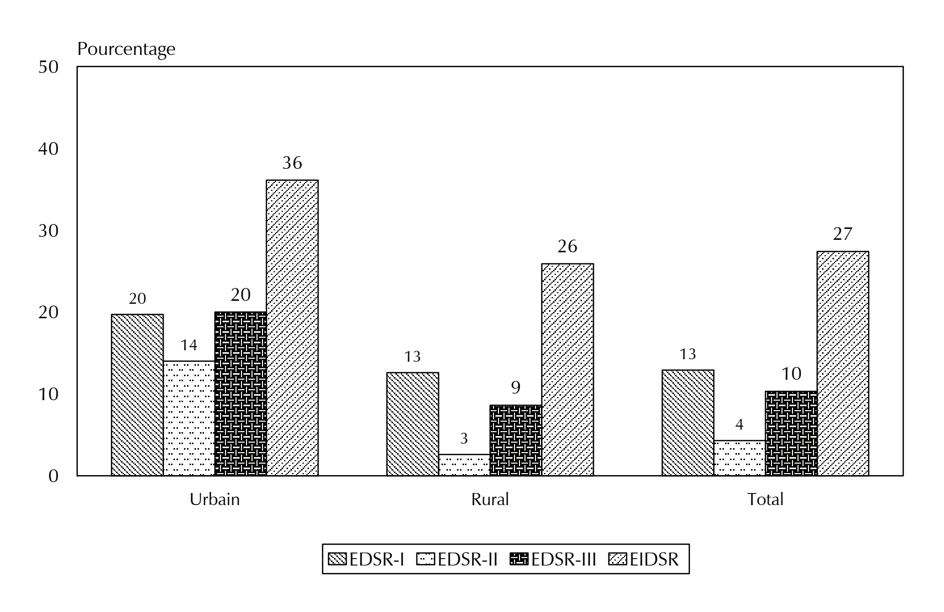
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
MJF = Méthode des Jours Fixes.

Graphique 5.1 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union



Les résultats selon l'âge montrent que la prévalence, quelconque ou moderne, augmentent avec l'âge jusqu'à 30-34 ans puis tend à diminuer au-delà de cet âge. Parmi les femmes en union, la prévalence passe de 24 % parmi les plus jeunes du groupe 15-19 ans à 45 % pour le groupe d'âges 30-34 ans. Au-delà, la prévalence tend à diminuer bien que les proportions d'utilisatrices restent relativement élevées. Entre 35 et 44 ans, au moins deux femmes sur cinq utilisent une méthode quelconque de contraception et au moins un quart une méthode moderne. Les résultats par catégories de méthodes montrent que les méthodes modernes sont plus fréquemment utilisées que les méthodes traditionnelles (27 % contre 9 %). En particulier, on note que parmi les jeunes femmes en union de 20-24 ans, 22 % utilisent une méthode moderne contre seulement 5 % pour les méthodes traditionnelles.

Graphique 5.2 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union 1992, 2000, 2005, et 2007-2008



La comparaison avec les résultats de l’enquête précédente montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes a beaucoup varié : la proportion d'utilisatrices en union étant passée de 17 % en 2005 (EDSR-III), à 36 % en 2007-2008 (EIDSR 2007-2008), tandis que pour les méthodes contraceptives modernes, cette proportion est passée de 10 % (EDSR-III) en 2005 à 27 % en 2007-2008 (EIDSR 2007-2008). Si l’on compare les résultats de l’enquête actuelle avec ceux de l’EDS-II réalisée en 2000, on constate une amélioration importante du niveau de la prévalence contraceptive, la proportion d’utilisatrices en union étant passée de 13 % à 36 %, soit près de trois fois plus d’utilisatrices en moins de 10 ans. Concernant les méthodes modernes, l’augmentation est encore plus importante puisque la prévalence contraceptive moderne, parmi les femmes en union, est passée de 4 % en 2000 à 27 % en 2007-2008.

Le tableau 5.5 présente les résultats de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. On constate que la prévalence contraceptive chez les femmes en union varie de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques. En effet, les résultats ont apparaître des écarts sur le plan géographique : c’est en milieu urbain (36 %), dans la ville de Kigali (35 %) et dans la province Nord (33 %) que la prévalence moderne est la plus élevée. À l’opposé, en milieu rural, seulement 26 % des femmes en union utilisent une méthode moderne et dans la province Sud, cette proportion n’est que de 23 %. D’autre part, si l’on examine les résultats selon le niveau d’instruction, on constate que la prévalence moderne augmente avec l’augmentation du niveau d’instruction, variant de 19 % chez celles sans instruction à 29 % chez celles ayant acquis un niveau primaire et à un maximum de 43 % parmi les plus instruites. Les résultats selon le nombre d’enfants vivants montrent que la proportion d’utilisatrices d’une méthode moderne a tendance à augmenter avec le nombre d’enfants, variant de 1 % quand la femme n’a pas d’enfant à 33 % quand elle a 3-4 enfants et à 30 % quand elle en a 5 ou plus. En ce qui concerne l’utilisation d’une méthode, on ne note pas de tendance similaire, les proportions évoluant de manière irrégulière. Enfin, on note que la prévalence augmente avec l’amélioration du niveau économique du ménage dans lequel vit la femme, la prévalence variant d’un minimum de 22 % dans le quintile le plus pauvre à 27 % dans le quintile moyen et à un maximum de 39 % dans le plus riche.

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union de 15-49 ans par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne: Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	Condom féminin	MAMA	MJF	Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle: Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
Milieu de résidence																			
Urbain	44,6	36,1	1,8	0,0	8,8	1,0	17,6	1,9	3,6	0,0	1,0	0,4	8,5	6,1	2,4	0,1	55,4	100,0	566
Rural	35,0	25,9	0,5	0,1	6,0	0,0	14,8	1,5	1,6	0,0	1,0	0,3	9,0	5,9	3,1	0,0	65,0	100,0	3 322
Province																			
Ville de Kigali	41,8	34,5	1,9	0,0	8,8	0,9	16,6	1,2	3,9	0,0	0,9	0,3	7,3	5,1	2,2	0,0	58,2	100,0	309
Sud	33,5	22,9	0,4	0,0	4,8	0,1	12,5	1,9	1,5	0,0	1,3	0,5	10,5	6,9	3,6	0,0	66,5	100,0	985
Ouest	33,9	26,3	1,0	0,3	6,2	0,2	14,0	1,1	1,9	0,1	1,0	0,6	7,5	4,9	2,6	0,0	66,1	100,0	943
Nord	44,0	33,3	0,3	0,1	8,9	0,0	19,7	2,4	1,5	0,0	0,4	0,0	10,6	7,5	3,1	0,0	56,0	100,0	727
Est	34,2	26,3	0,5	0,0	5,5	0,1	15,5	1,2	1,9	0,0	1,4	0,2	7,9	5,1	2,8	0,0	65,8	100,0	923
Niveau d'instruction																			
Aucun	27,3	19,0	0,5	0,0	3,8	0,0	11,8	0,7	1,0	0,0	1,2	0,0	8,3	6,1	2,2	0,0	72,7	100,0	1 011
Primaire	37,4	28,7	0,7	0,1	7,0	0,1	16,2	1,5	1,9	0,0	0,9	0,3	8,6	5,5	3,2	0,0	62,6	100,0	2 539
Secondaire/Supérieur	55,8	42,7	1,2	0,0	9,5	1,3	18,2	4,7	4,5	0,0	1,4	2,0	13,1	9,3	3,9	0,0	44,2	100,0	338
Nombre d'enfants vivants																			
0	2,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,7	1,4	0,3	0,0	97,5	100,0	266
1-2	33,0	25,9	0,2	0,0	7,2	0,1	13,1	1,4	2,4	0,1	1,2	0,2	7,1	5,1	2,0	0,0	67,0	100,0	1 364
3-4	40,7	32,5	0,9	0,1	6,9	0,4	18,8	1,8	1,8	0,0	1,4	0,4	8,2	5,3	2,9	0,0	59,3	100,0	1 222
5+	44,4	30,2	1,2	0,2	6,5	0,0	17,6	1,9	1,8	0,0	0,7	0,4	14,2	9,1	5,1	0,0	55,6	100,0	1 037
Quintile de bien-être économique																			
Le plus pauvre	27,6	21,7	0,4	0,1	6,1	0,1	12,0	0,7	1,1	0,0	1,2	0,0	5,9	3,7	2,3	0,0	72,4	100,0	528
Second	30,3	23,2	0,4	0,3	5,2	0,0	14,1	0,9	1,3	0,0	1,0	0,1	7,0	4,3	2,7	0,0	69,7	100,0	1 072
Moyen	36,1	26,8	0,3	0,0	6,2	0,0	16,1	1,0	1,8	0,0	1,0	0,4	9,3	7,2	2,1	0,0	63,9	100,0	776
Quatrième	38,8	27,4	0,4	0,0	6,1	0,1	15,6	2,4	1,4	0,1	1,0	0,4	11,4	7,4	4,0	0,0	61,2	100,0	795
Le plus riche	49,6	38,6	2,0	0,0	8,9	0,7	18,0	3,0	4,0	0,0	1,1	0,9	10,9	7,2	3,7	0,0	50,4	100,0	716
Ensemble	36,4	27,4	0,7	0,1	6,4	0,2	15,2	1,6	1,9	0,0	1,0	0,3	8,9	6,0	3,0	0,0	63,6	100,0	3 888

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
MJF = Méthode des Jours Fixes.

5.4 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes, qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.6 fournit la répartition des femmes selon leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Tableau 5.6 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement de méthode, par nombre d'enfants vivants et selon l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, Rwanda 2007-2008

	Nombre d'enfants vivants[1]					
Intention	0	1	2	3	4+	Ensemble
A l'intention d'utiliser	75,3	83,9	79,4	73,8	59,7	71,2
Pas sûre	5,0	2,2	2,1	1,7	1,3	1,9
N'a pas l'intention d'utiliser	18,1	13,0	18,0	23,6	38,2	26,2
Manquant	1,7	0,9	0,4	0,8	0,8	0,8
Total [2]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	110	462	498	409	995	2 474

[1] Y compris la grossesse actuelle
[2] Y compris les non déterminés

Près de trois femmes sur quatre (71 %) ont déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Par contre, plus d'un quart des femmes (26 %) ont déclaré ne pas avoir l'intention d'en utiliser une dans le futur et, dans 2 % des cas, les femmes étaient indécises. Par ailleurs, selon le nombre d'enfants, on constate que, parmi les femmes sans enfant, trois femmes sur quatre (75 %) ont déclaré avoir l'intention d'utiliser, dans le futur, une méthode de planification familiale. C'est parmi les femmes ayant un enfant que cette proportion est la plus élevée (84 %).

5.5 RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes non utilisatrices de la contraception, qui ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser un contraceptif dans l'avenir, on leur a demandé d'en indiquer la raison. Les données du tableau 5.7 montrent que 69 % des femmes ont cité des raisons relatives à la fécondité, essentiellement la ménopause/ ou une hystérectomie (28 %). D'autre part, dans 12 % des cas, les femmes ont cité comme raison l'opposition à l'utilisation de la contraception, qu'il s'agisse de l'opposition du mari/partenaire (2 %), de leur propre opposition (6 %) ou d'interdits religieux (4 %). En outre, les raisons liées aux méthodes ont été globalement citées par 13 % des femmes : parmi elles, 3 % ont cité les problèmes de santé et 9 % la crainte des effets secondaires. Peu de femmes ont cité des raisons liées au manque de connaissance ou d'une source d'approvisionnement des méthodes (1 %).

Les résultats selon les groupes d'âges montrent que les raisons biologiques ont été plus fréquemment avancées par les femmes de 30-49 ans que par les plus jeunes. Par contre, on constate curieusement que ce sont les plus jeunes qui ont cité plus fréquemment l'opposition à l'utilisation de la contraception (11 % contre 5 %) ; de même, 4 % des femmes de 15-29 ans ont avancé comme raison leur manque de connaissance contre 0,4 % de celles de 30-49 ans.

Tableau 5.7 Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode contraceptive et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, Rwanda 2007-2008

Raison de non utilisation	Âge 15-29	Âge 30-49	Ensemble
Raisons liées à la fécondité			
Rapports sexuels peu fréquents/pas de rapports sexuels	2,8	16,5	14,4
Ménopause/a eu une hystérectomie	0,7	32,9	27,9
Inféconde	35,7	23,2	25,1
Veut autant d'enfants que possible	1,2	2,2	2,0
Opposition à l'utilisation			
Enquêtée opposée	11,2	4,7	5,7
Mari/partenaire opposé	3,4	1,2	1,5
Autres opposés	0,3	0,0	0,1
Interdits religieux	8,5	3,4	4,2
Manque de connaissance			
Ne connaît pas de méthode	4,2	0,4	1,0
Ne connaît pas de source	0,0	0,3	0,2
Raisons liées à la méthode			
Problèmes de santé	2,6	3,3	3,2
Crainte d'effets secondaires	21,8	6,0	8,5
Pas pratique à utiliser	0,0	0,4	0,4
Interfère avec le fonctionnement du corps	0,8	0,8	0,8
Autre	4,7	3,9	4,0
Ne sait pas	1,1	0,5	0,6
Manquant	1,1	0,5	0,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	100	547	647

5.6 MÉTHODES CONTRACEPTIVES FUTURES PRÉFÉRÉES

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union, ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Il ressort du tableau 5.8 que les méthodes modernes sont, de loin, les plus fréquemment citées. Quelque soit le groupe d'âges, ce sont les injectables qui viennent largement en tête avec une proportion de 48 % à 15-29 ans et 45 % à 30-49 ans, suivie de la pilule (respectivement 25 % et 19 %) et les implants (respectivement 7 % et 8 %).

Les autres méthodes modernes n'ont été citées que très rarement, sauf pour la stérilisation féminine avec une proportion de 3 % à 15-29 ans et 7 % à 30-49 ans, le DIU dans 4 % des cas pour chaque groupe d'âges et la continence périodique dans respectivement 4 % et 6 % des cas.

Tableau 5.8 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la méthode préférée Rwanda 2007-2008

Méthode	Âge 15-29	Âge 30-49	Ensemble
Stérilisation féminine	2,6	6,6	4,2
Stérilisation masculine	0,0	0,2	0,1
Pilule	25,0	19,2	22,6
DIU	4,0	4,0	4,0
Injectables	48,1	45,2	46,9
Implants	6,5	8,2	7,2
Condom	2,8	2,3	2,6
Condom féminin	0,1	0,2	0,2
MAMA	0,4	0,5	0,5
MJF	2,3	2,1	2,2
Continence périodique	4,2	6,3	5,0
Retrait	0,9	1,5	1,2
Autre	0,0	0,4	0,2
Pas sûre	2,9	3,0	2,9
Manquant	0,0	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 036	726	1 762

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ 6

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et de mesurer les besoins futurs en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Au cours de l'EIDSR-2007-2008, des questions ont été posées aux femmes concernant leur désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir un prochain enfant et au nombre total d'enfants désirés.

Rappelons que les données sur les attitudes et les opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été un sujet de controverse. En effet, certains chercheurs pensent que les réponses aux questions sur les préférences en matière de fécondité reflètent des points de vue éphémères, qui sont exprimés sans beaucoup de conviction, ou qui ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, particulièrement de celles du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction. De plus, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique.

Pour les femmes en début d'union, les réponses sont liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive, sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur histoire génésique.

Ce chapitre traitera des sujets suivants : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, les besoins en matière de planification familiale, le nombre idéal d'enfants et la planification de la fécondité.

6.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir est généralement lié à l'âge de la femme, au nombre de ses enfants actuellement en vie et/ou de ceux du couple.

Au cours de l'EIDSR 2007-2008, des questions ont été posées aux femmes actuellement en union pour obtenir des informations sur leurs attitudes quant au désir d'espacer leur prochaine naissance ou au désir de ne plus avoir d'enfants.

Les résultats présentés au tableau 6.1 et au graphique 6.1 montrent que près d'une femme sur deux (48 %) a répondu qu'elle ne désirait plus d'enfants. La proportion de femmes désirant d'autres enfants est de 44 % dont 7 % ont déclaré vouloir un enfant rapidement, c'est-à-dire dans les 2 ans à venir. Cette proportion était de 12 % au cours de l'EDSR-III.

Les résultats présentés au tableau 6.1 révèlent également que parmi les femmes qui ont déclaré qu'elles désiraient avoir des enfants supplémentaires dans l'avenir, la majorité (36 %) désirait espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Au total donc, 84 % des femmes, celles ne voulant plus d'enfants (48,4 %) plus celles désirant espacer pour une période d'au moins deux ans (35,7 %), peuvent être considérées comme potentiellement favorables à la planification familiale.

Par rapport aux enquêtes précédentes (EDSR de 2000 et de 2005), le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants a augmenté, passant de 33 % en 2000, à 42 % en 2005 et à 48 % en 2007-2008. En

outre, la proportion de femmes en union qui ne veulent plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants vivants : elle passe de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant à 56 % chez celles en ayant trois et à 83 % chez celles qui en ont, au moins, six. De même, on note que la quasi-totalité des femmes nullipares (93 %) souhaitent avoir un enfant et la majorité (81 %) désirent une naissance rapidement, dans les deux années à venir. Chez les femmes ayant un enfant, le désir d'en avoir un autre (93 %) est comparable à celui des nullipares mais contrairement à ces dernières, la majorité des primipares souhaitent attendre, au moins, deux ans avant la prochaine naissance (79 %).

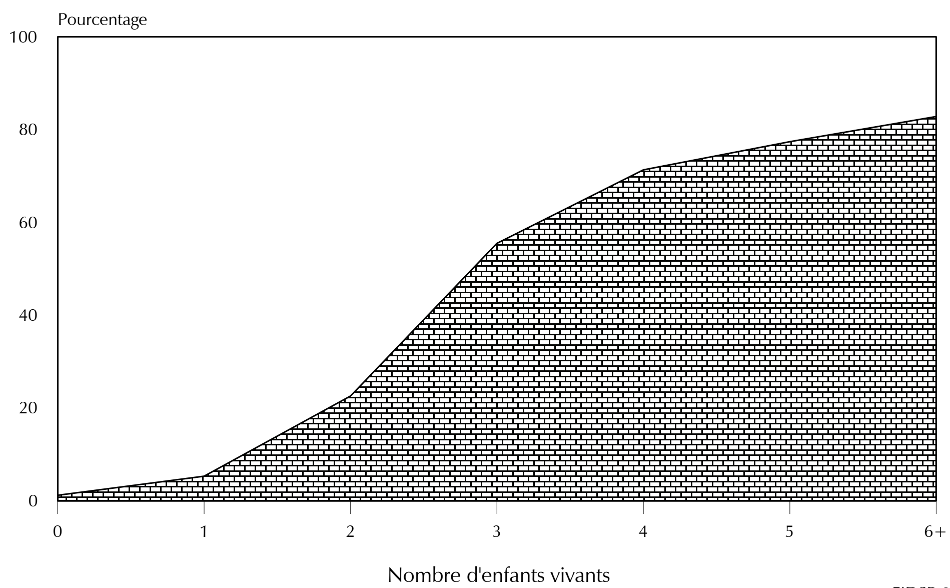
Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, selon le désir d'enfants supplémentaires, par nombre d'enfants vivants, Rwanda 2007-2008

	Nombre d'enfants vivants[1]							
Désir d'enfants	0	1	2	3	4	5	6+	Ensemble
Veut un autre bientôt [2]	81,3	11,9	8,1	3,9	1,5	1,6	0,5	7,2
Veut un autre plus tard [3]	4,0	78,5	64,0	32,3	16,3	9,7	4,5	35,7
Veut un autre, NSP quand	7,7	2,5	1,3	0,5	1,2	1,1	0,3	1,3
Indécise	3,2	0,3	0,6	0,7	1,1	0,6	0,2	0,6
Ne veut plus d'enfant	1,2	5,3	22,6	55,5	71,3	77,2	82,5	48,4
Stérilisée [4]	0,0	0,1	0,3	1,2	0,8	1,1	1,4	0,8
S'est déclarée stérile	1,7	1,4	3,1	5,8	7,6	8,7	10,5	5,8
Manquant	0,9	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	116	651	759	686	573	445	656	3 888

[1] Y compris la grossesse actuelle (pour les femmes).
[2] Veut un autre dans les deux ans.
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.
[4] Y compris la stérilisation féminine ou masculine.

Graphique 6.1 Proportion de femmes en union ne voulent plus d'enfant selon le nombre d'enfants vivants



En outre, au fur et à mesure que la parité augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue assez rapidement au profit de celles qui n'en veulent plus. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent d'autres enfants passe de 93 % chez celles n'ayant aucun enfant à 37 % chez celles qui en ont déjà trois et à 5 % chez les femmes qui ont six enfants ou plus.

Les résultats du tableau 6.2 montrent que le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants survivants, passant de 5,4 % parmi celles n'ayant qu'un enfant à 84 % parmi celles en ayant 6 ou plus. On observe cette même tendance aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, passant respectivement de 6 % pour la parité un à 89 % pour la parité six ou plus, et de 5 % à 83 % pour les mêmes parités.

Les proportions de femmes souhaitant limiter leurs naissances varient légèrement par province, la proportion passant d'un minimum de 44 % pour la province Ouest à un maximum de 56 % pour la province Nord.

Les résultats selon le niveau d'instruction montrent que ce sont les femmes sans niveau d'instruction (57 %) qui sont les plus nombreuses à souhaiter limiter leurs naissances. Par ailleurs, dans les quintiles, on constate que seuls le second quintile et le dernier quintile se détachent des autres avec une proportion plus élevée de femmes ne désirant plus d'enfants (51 % dans les deux cas contre 47 % et 48 % dans les autres quintiles).

Tableau 6.2 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, ne voulant plus d'enfants, par nombre d'enfants vivants, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Nombre d'enfants vivants[1] 0	1	2	3	4	5	6+	Ensemble
Milieu de résidence								
Urbain	*	5,8	29,2	62,1	78,5	80,7	88,9	50,4
Rural	(1,4)	5,3	21,7	55,7	71,1	77,9	83,3	49,0
Province								
Ville de Kigali	*	5,1	30,4	62,8	77,1	75,2	89,4	47,7
Sud	(4,3)	4,9	25,9	61,8	74,8	84,6	80,1	50,2
Ouest	*	3,8	13,8	45,0	60,5	74,9	79,3	43,6
Nord	*	7,1	26,3	64,2	75,8	78,5	92,7	56,0
Est	*	6,5	24,8	53,9	73,8	75,4	84,1	49,0
Niveau d'instruction								
Aucun	(5,2)	13,7	22,4	55,0	68,3	83,6	82,5	57,2
Primaire	*	3,2	23,0	55,3	72,1	75,8	84,7	45,7
Secondaire/Supérieur	*	8,3	22,5	69,8	83,3	74,8	86,2	51,3
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	*	6,8	28,1	58,2	73,3	76,8	76,3	48,3
Second	(3,9)	6,0	22,1	56,2	66,2	81,0	88,7	51,3
Moyen	*	5,4	18,3	54,1	70,5	76,7	85,7	47,4
Quatrième	*	1,8	21,7	51,9	71,3	78,2	78,8	46,7
Le plus riche	*	8,0	25,0	63,4	83,4	76,2	88,4	51,3
Ensemble	(1,2)	5,4	22,9	56,7	72,1	78,3	84,0	49,2

Note : Les femmes stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
[1] Y compris la grossesse actuelle.

6.2 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est pour elle ou pour son mari, le nombre idéal d'enfants. Pour connaître ce nombre idéal, on a posé à toutes les femmes enquêtées l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête:

- Aux femmes qui n'avaient pas d'enfant, on a demandé :
  « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »
- Aux femmes qui avaient des enfants, la question a été formulée ainsi :
  « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? »

Ces questions, simples en apparence, sont embarrassantes notamment pour les femmes qui ont déjà des enfants. En effet, on leur demande de se prononcer sur, ce qui est pour elles, la taille idéale de la famille, indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont actuellement. Dans ce cas, il peut être difficile pour les enquêtées de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de leur famille.

Le tableau 6.3 présente les résultats obtenus aux questions posées. On remarque tout d'abord que 3 % des femmes n'ont pas pu fournir des réponses numériques et ont donné à la place, des réponses telles que « ce que Dieu me donne », « Je ne sais pas », ou « N'importe quel nombre ».

Tableau 6.3 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon le nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement en union, par nombre d'enfants vivants, Rwanda 2007-2008

	Nombre d'enfants vivants[1]							
Nombre idéal d'enfants	0	1	2	3	4	5	6+	Total
0	3,7	1,0	0,7	0,9	0,4	0,1	0,7	1,7
1	1,1	3,8	1,2	0,8	0,1	0,7	0,7	1,3
2	27,4	25,6	21,1	10,8	17,1	11,7	11,5	20,5
3	38,6	41,9	40,1	34,0	20,1	29,0	20,2	34,2
4	22,9	20,6	29,8	38,6	43,7	32,9	38,3	29,9
5	3,2	3,3	3,5	8,6	9,6	11,5	9,2	5,8
6+	1,1	1,9	1,7	3,3	6,9	11,4	13,4	4,2
Réponses non numériques	2,0	1,9	1,9	2,9	2,1	2,7	6,0	2,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 412	986	990	879	734	523	789	7 313
Nombre idéal moyen d'enfants[2]								
Ensemble	2,9	3,0	3,2	3,6	3,7	3,9	4,1	3,3
Actuellement en union	3,0	3,1	3,3	3,6	3,7	3,9	4,2	3,6

[1] Y compris la grossesse actuelle.
[2] Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non numériques.

En outre, les données montrent que pour les femmes rwandaises, le nombre idéal est de 3,3. Parmi les femmes en union, il est de 3,6. Par rapport à l'EDSR-III de 2005, ce nombre moyen a diminué, passant de 4,5 à 3,6 parmi les femmes en union.

L'examen de la distribution des tailles idéales montre une association positive entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille. En effet, pour l'ensemble des femmes, cette taille moyenne idéale

de la famille varie de 2,9 enfants pour celles qui n'ont aucun enfant à 4,1 enfants chez celles qui en ont six ou plus. Chez les femmes en union, dont le nombre idéal moyen n'est pas très différent de celui de l'ensemble des femmes (3,6), on constate que parmi celles n'ayant qu'un enfant, le nombre idéal est de 3,1 et que parmi celles qui ont, au moins, 6 enfants, il est de 4,2.

Le tableau 6.4 présente le nombre moyen idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes selon l'âge actuel et selon certaines variables sociodémographiques.

On constate que ce nombre moyen augmente régulièrement en fonction de l'âge de la femme, passant d'un minimum de 2,9 pour les jeunes femmes de 15-19 ans à 3,8 parmi celles de 45-49 ans. On pourrait donc penser que si ce désir exprimé par les jeunes femmes se traduisait dans les faits, on assisterait à une diminution plus forte de la fécondité.

Ce nombre idéal moyen d'enfants ne présente pas de variations importantes, que ce soit selon le milieu de résidence, la province, le niveau d'instruction et l'indice de bien-être.

En effet, on ne constate pratiquement pas d'écart entre les milieux de résidence, le nombre idéal moyen étant de 3,2 en urbain contre 3,3 en rural. Dans les provinces, on constate de légers écarts, ce nombre moyen variant d'un minimum de 3,1 dans la ville de Kigali et de 3,2 dans la province Sud à un maximum de 3,6 dans la province Ouest.

C'est en fonction du niveau d'instruction que ce nombre idéal moyen d'enfants varie le plus : En effet, il diminue lorsque le niveau d'instruction augmente. Il passe de 3,6 enfants chez les femmes sans niveau d'instruction à 2,9 enfants chez celles ayant un niveau secondaire ou plus. Enfin, on ne relève pratiquement pas d'écart entre les quintiles, seules les femmes du quintile le plus riche ont déclaré un nombre idéal un peu plus faible que les autres femmes (3,1 contre 3,4).

Tableau 6.4 Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Nombre idéal moyen	Effectif de femmes
Groupe d'âges		
15-19	2,9	1 368
20-24	3,1	1 530
25-29	3,3	1 343
30-34	3,6	910
35-39	3,6	741
40-44	3,7	642
45-49	3,8	591
Milieu de résidence		
Urbain	3,2	1 207
Rural	3,3	5 918
Province		
Ville de Kigali	3,1	663
Sud	3,2	1 897
Ouest	3,6	1 684
Nord	3,2	1 236
Est	3,3	1 646
Niveau d'instruction		
Aucun	3,6	1 558
Primaire	3,3	4 733
Secondaire/Supérieur	2,9	835
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	3,3	1 083
Second	3,4	1 908
Moyen	3,4	1 338
Quatrième	3,4	1 275
Le plus riche	3,1	1 521
Ensemble	3,3	7 125

6.3 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées, au cours de l'EIDSR-2007-2008. Ces questions avaient pour objectif de déterminer si, au moment de tomber enceinte, la femme souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée.

Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis au cours des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

Les résultats du tableau 6.5 montrent que 64 % des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, étaient désirées. La plupart de ces naissances (52 %) étaient bien planifiées (elles ont eu lieu au moment voulu) et dans 12 % des cas, les femmes auraient souhaité attendre. À l'opposé, les grossesses non désirées représentent 22 %.

On note que quel que soit le rang de naissance, la grande majorité des naissances sont souhaitées et arrivent au moment voulu. Cependant, les résultats montrent que les naissances de rangs inférieurs sont les mieux planifiées. En effet, la proportion de naissances survenues au moment voulu baisse progressivement avec le rang de naissance : elle passe ainsi de 69 % pour le rang 1 à 40 % pour le rang 4 ou plus.

Selon l'âge de la mère, on constate que les naissances qui sont les mieux planifiées sont celles des femmes du groupe d'âges 20-24 ans puisque c'est parmi elles que la proportion d'enfants non désirés est la plus faible (13 %). À l'inverse, c'est chez celles qui ont eu les enfants à des âges avancés (40-44 ans) que les naissances semblent être les moins bien planifiées : 32 % étaient voulues à ce moment-là, 7 % plus tard mais 49 % des naissances n'étaient pas désirées.

Tableau 6.5 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par planification de la grossesse selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, Rwanda 2007-2008

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Statut de la naissance					
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée	Manquant	Total	Effectif de naissances
Rang de naissance						
1	69,2	2,0	12,2	16,5	100,0	1 374
2	56,1	15,9	13,3	14,6	100,0	1 165
3	54,6	17,0	14,8	13,6	100,0	1 040
4+	39,9	14,5	32,9	12,6	100,0	2 764
Âge à la naissance						
<20	62,8	5,0	22,1	10,0	100,0	333
20-24	61,5	10,2	13,4	15,0	100,0	1 821
25-29	51,2	16,6	16,5	15,7	100,0	1 779
30-34	47,0	14,8	24,7	13,5	100,0	1 159
35-39	42,9	11,3	34,3	11,4	100,0	823
40-44	32,4	6,6	49,1	11,9	100,0	386
45-49	28,0	6,5	46,4	19,1	100,0	42
Ensemble	51,6	12,5	21,9	14,0	100,0	6 343

Les résultats présentés au tableau 6.6 présentent une comparaison de l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et de l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF).

Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF, les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. La comparaison du taux de fécondité avec celui de la fécondité désirée met en évidence l'impact démographique potentiel de la prévention des naissances non désirées.

Théoriquement, l’ISFD devrait être un meilleur indice de la fécondité désirée que la réponse à la question sur le nombre idéal d’enfants. Cet indice est plus proche de la réalité, car les réponses des femmes enquêtées tiennent probablement compte de la répartition selon le sexe des enfants déjà nés et de considérations de survie. Les réponses à la question sur le nombre total d’enfants désirés, par contre, se réfèrent aux enfants encore en vie et peuvent laisser supposer une répartition idéale des deux sexes. En outre, il faut souligner une autre différence entre les deux mesures ; l’ISFD prend la fécondité observée comme point de départ et par conséquent, il ne peut jamais être supérieur à l’ISF, contrairement au nombre idéal d’enfants désirés qui peut être supérieur au nombre d’enfants déjà nés. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l’ISFD des femmes au Rwanda serait de 3,7 enfants au lieu de 5,5 enfants, c’est-à-dire que le niveau de la fécondité serait plus faible de 33 % par rapport à son niveau actuel.

C’est parmi les femmes du milieu rural, celles du second quintile et parmi celles n’ayant aucune instruction que l’écart entre l’ISF et l’ISFD est le plus important.

Tableau 6.6 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les trois années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Taux de fécondité désirée (ISFD)	Taux de fécondité (ISF)
Milieu de résidence		
Urbain	3,3	4,7
Rural	3,8	5,7
Province		
Ville de Kigali	3,1	4,4
Sud	3,8	5,5
Ouest	4,1	5,8
Nord	3,2	5,4
Est	3,8	5,8
Niveau d'instruction		
Aucun	4,1	6,1
Primaire	3,8	5,7
Secondaire/Supérieur	2,6	3,9
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	4,0	5,8
Second	3,8	5,7
Moyen	4,0	6,0
Quatrième	3,8	5,8
Le plus riche	3,0	4,4
Total	3,7	5,5

Note : L’ISFD et l’ISF sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois avant l’enquête, L’ISF est le même que celui présenté au tableau 4.2.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT 7

L'Enquête Intermédiaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé fournit des informations détaillées sur la santé des mères et des enfants. Plus précisément, les informations présentées dans ce chapitre permettent d'une part d'évaluer la couverture en soins prénatals et les conditions d'accouchement et d'autre part le niveau de la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans et la prévalence des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. En outre, la comparaison des résultats de cette enquête avec ceux des enquêtes précédentes permet non seulement de mettre en évidence les progrès accomplis mais aussi d'identifier les problèmes qui persistent en matière de santé maternelle et infantile, et d'une manière générale en santé de la reproduction.

7.1 SOINS PRÉNATALS

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement. Durant l'EIDSR 2007-2008, on a demandé aux femmes, si au cours de leur dernière grossesse survenue pendant les cinq dernières années et ayant abouti à une naissance vivante, elles avaient effectué une consultation prénatale.

Le tableau 7.1 présente la répartition des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, selon le type de personnel médical consulté par la mère durant la grossesse et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Précisons qu'au cours de l'EIDSR, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs personnes avaient été consultées, seule la personne la plus qualifiée a été retenue.

On relève que parmi ces femmes, plus de neuf sur dix (96 %) se sont rendues en consultation prénatale, dispensée par du personnel formé, constitué par les médecins, les infirmières et les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation en la matière.

Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (92 %) ; dans une proportion beaucoup plus faible, elles ont été fournies par des médecins (3 %). Par contre, dans un peu plus de 3 % des cas, les mères n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Les résultats selon les catégories sociodémographiques ne font pas apparaître d'écarts vraiment importants. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dépasse 90 % quelle que soit la variable. En effet, au plan géographique, la situation est assez homogène, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals variant d'un minimum de 95 % dans les provinces Sud et Est à un maximum de 97 % dans les provinces Ouest et Nord. En outre, il n'y a pas d'écart entre les deux milieux de résidence (96 % dans les deux cas). Les résultats selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant ne font pas apparaître non plus d'écarts importants ; tout au plus peut-on souligner que c'est parmi les femmes de moins de 20 ans que la proportion de celles qui ont reçu des soins prénatals est la plus faible (94 %). Les variations selon le rang de naissance de l'enfant sont peu importantes. C'est en fonction du niveau d'instruction de la mère que l'on note les écarts les plus importants bien que les proportions soient élevées quel que soit le niveau : d'un minimum de 94 % parmi celles sans instruction, la proportion passe à 99 % parmi les plus instruites (tableau 7.1). Enfin, on constate que la proportion de femmes ayant bénéficié de soins prénatals n'est pas associée au niveau de richesse du ménage dans lequel elles vivent.

Par contre, on note des disparités selon le type de prestataire consulté. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par un médecin sont nettement plus élevées en milieu urbain que rural (8 % contre 3 %), dans la ville de Kigali par rapport aux autres provinces (10 % contre 2 et 3 %), parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (14 % contre 2 et 3 % pour les autres femmes) ; de même, les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche se sont rendues plus fréquemment en consultation chez un médecin que les femmes des autres ménages (9 % contre 3 % dans le quintile moyen).

Tableau 7.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière/ sage-femme	Accoucheuse traditionnelle	Autre	Personne	Manquant	Ensemble	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals de personnel formé	Effectif de femme
Âge de la mère à la naissance de l'enfant									
<20	3,1	90,5	0,9	0,0	4,8	0,8	100,0	93,6	174
20-34	3,5	92,7	0,4	0,1	2,3	1,1	100,0	96,2	2 625
35-49	2,9	92,1	0,2	0,0	3,6	1,2	100,0	95,0	859
Rang de naissance									
1	4,3	93,0	0,5	0,0	1,3	1,0	100,0	97,2	690
2-3	3,2	92,7	0,4	0,0	3,2	0,5	100,0	95,9	1 240
4-5	4,0	91,9	0,3	0,2	2,0	1,6	100,0	95,9	878
6+	2,2	92,1	0,3	0,0	3,9	1,4	100,0	94,3	850
Milieu de résidence									
Urbain	7,7	88,2	0,5	0,0	3,5	0,1	100,0	95,9	544
Rural	2,6	93,2	0,4	0,0	2,6	1,3	100,0	95,8	3 114
Province									
Ville de Kigali	10,1	85,7	0,0	0,0	4,2	0,0	100,0	95,8	287
Sud	2,7	92,6	0,6	0,0	3,0	1,1	100,0	95,3	930
Ouest	2,0	94,6	0,1	0,1	2,3	0,9	100,0	96,6	913
Nord	3,4	93,1	0,0	0,0	2,0	1,4	100,0	96,6	641
Est	3,2	91,8	0,8	0,0	2,9	1,4	100,0	95,0	888
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	2,2	91,6	0,4	0,0	4,5	1,3	100,0	93,8	923
Primaire	2,5	93,7	0,4	0,1	2,2	1,1	100,0	96,2	2 452
Secondaire/Supérieur	14,3	84,6	0,0	0,0	1,1	0,0	100,0	98,8	282
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	2,1	92,0	0,4	0,0	4,5	1,0	100,0	94,1	572
Second	1,9	92,8	0,4	0,1	3,1	1,7	100,0	94,7	1 034
Moyen	3,0	94,1	0,3	0,0	1,7	0,9	100,0	97,2	705
Quatrième	2,0	94,0	0,6	0,0	2,0	1,3	100,0	96,0	708
Le plus riche	8,8	88,6	0,1	0,0	2,4	0,1	100,0	97,3	639
Total	3,4	92,4	0,4	0,0	2,7	1,1	100,0	95,8	3 658

Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié a été pris en compte dans ce tableau.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 7.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Un peu moins d'une femme sur quatre (24 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Dans 66 % des cas, elles n'ont effectué que 2-3 visites prénatales et, dans seulement 6 % des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite.

Tableau 7.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite pour la naissance la plus récente et, parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, nombre médian de mois de grossesse à la première visite, par milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Visites prénatales	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Nombre de visites prénatales			
Aucune	3,5	2,6	2,7
1	6,0	5,8	5,9
2-3	63,2	66,5	66,0
4+	26,4	23,5	23,9
NSP/manquant	0,8	1,7	1,5
Total	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1 ère visite prénatale			
Pas de soins prénatals	3,5	2,6	2,7
<4	26,2	21,3	22,0
4-5	36,7	37,2	37,1
6-7	30,0	33,3	32,8
8+	2,7	3,6	3,4
NSP/manquant	0,8	2,1	1,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	544	3 114	3 658
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite	5,0	5,4	5,4
Effectif de femmes	525	2 994	3 519

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans 22 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans 37 % des cas, la première visite prénatale a eu lieu entre 4 et 5 mois de grossesse et, dans 33 % des cas, elle a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse. Enfin, on constate que dans 3 % des cas, les femmes ont attendu le dernier stade de la grossesse pour effectuer la première visite prénatale. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 5,4. Ce nombre est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (5,4 mois contre 5,0), ce qui est dû au fait que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation prénatale que celles du milieu urbain. Ces premières visites prénatales tardives peuvent s'expliquer par la tradition qui recommande aux femmes de ne pas parler de leur grossesse jusqu'à ce qu'elle soit visible extérieurement. Actuellement au Rwanda, la politique visant à encourager les femmes à se rendre en consultation prénatale a été mise en place ; ce qui leur permet également de bénéficier de la distribution de moustiquaires et du vaccin contre le tétanos.

7.1.1 Les composantes des soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examens effectués pendant les consultations, mais aussi des mesures préventives prises pour éviter les risques de fausses couches et d'autres complications durant la grossesse ainsi que des conseils reçus au cours des visites prénatales. Pour cette raison, l'EIDSR a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse, si certains examens médicaux (la prise du poids et de la taille, la vérification de la tension artérielle) avaient été effectués et si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, on a cherché à savoir si elles avaient reçu des suppléments de fer et des médicaments contre les parasites intestinaux et enfin, si elles avaient été protégées contre le paludisme par la prise d'antipaludéens. Ces résultats sont présentés au tableau 7.3 selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 7.3 Composants des visites prénatales

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, des médicaments contre les parasites intestinaux et des médicaments contre le paludisme, au cours de la grossesse la plus récente et, parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années, pourcentage ayant effectué certains examens prénatals, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont pris pour la naissance la plus récente :				Parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant effectué certains examens :					
Caractéristique sociodémographique	Du fer sous forme de comprimés ou de sirop	Des médicaments contre les parasites intestinaux	Des médicaments contre le paludisme	Effectif de femmes	Informée des signes de complication de la grossesse	Pesée	Tension artérielle vérifiée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance de l'enfant										
<20	39,7	18,4	56,4	174	7,8	97,1	84,2	17,7	75,6	164
20-34	40,4	19,1	52,1	2 625	6,8	97,5	87,5	18,5	72,3	2 537
35-49	43,1	14,1	61,0	859	10,5	97,4	85,8	16,3	65,2	818
Rang de naissance										
1	42,9	21,5	48,1	690	6,1	97,2	85,5	23,7	78,5	674
2-3	41,6	18,3	54,3	1 240	7,0	97,2	87,3	18,0	72,8	1 194
4-5	40,4	17,0	55,9	878	7,2	97,9	88,6	17,0	67,8	846
6+	39,3	15,2	58,0	850	10,7	97,9	85,7	14,1	64,6	805
Milieu de résidence										
Urbain	42,9	20,0	54,9	545	7,9	98,2	94,3	34,4	84,8	525
Rural	40,7	17,5	54,3	3 114	7,7	97,4	85,6	15,1	68,4	2 994
Province										
Ville de Kigali	42,3	18,9	56,9	287	8,7	96,9	93,0	44,5	84,5	275
Sud	42,0	16,4	55,4	930	8,1	97,2	88,6	16,4	68,1	892
Ouest	53,2	23,1	52,5	913	6,9	98,2	88,1	16,3	77,5	884
Nord	33,6	15,6	58,3	641	7,0	98,0	86,9	17,1	60,5	619
Est	32,4	15,4	51,6	888	8,3	96,9	82,0	13,5	69,8	850
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	39,0	15,8	59,8	923	7,5	97,3	85,2	13,5	66,6	869
Primaire	40,5	18,3	53,1	2 452	7,6	97,4	86,5	17,0	70,5	2 370
Secondaire/Supérieur	52,5	20,9	47,6	282	9,5	98,5	95,8	40,1	86,9	279
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	39,7	16,0	55,9	572	7,9	96,3	83,1	16,3	66,8	541
Second	37,0	14,7	56,8	1 034	7,9	98,0	84,6	14,0	66,3	984
Moyen	43,2	17,1	55,6	705	7,8	98,0	88,5	17,1	73,5	687
Quatrième	43,2	22,6	47,8	708	7,2	97,7	87,3	15,4	69,7	684
Le plus riche	43,8	20,4	54,9	639	7,6	96,9	91,7	29,5	79,7	623
Ensemble	41,0	17,9	54,4	3 658	7,7	97,5	86,9	18,0	70,8	3 519

On constate, en premier lieu, que seulement 8 % des femmes ont été informées des signes de danger au cours de la grossesse. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques sont assez faibles ; Parmi les femmes de 35-49 ans (11 %), parmi les naissances de rang 6 et plus (11 %) et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (10 %), ces proportions sont un peu plus élevées que parmi les autres catégories.

En ce qui concerne les différents examens effectués au cours de ces visites prénatales, on constate que la prise du poids, le contrôle de la tension artérielle et le prélèvement de sang sont, de loin, les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé (respectivement 98 %, 87 % et 71 %), suivis, de loin, du prélèvement d'urine (18 %). Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques montrent que, globalement, les femmes du milieu rural, celles n'ayant aucun niveau d'instruction et celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre sont celles qui ont le moins fréquemment bénéficié de ces examens au cours des visites prénatales.

En outre, quatre femmes sur dix (41 %) ont pris des suppléments de fer au cours de la grossesse, que ce soit sous forme de comprimés ou de sirop et 54 % ont pris des antipaludéens pour se protéger contre le paludisme pendant la grossesse et près de deux sur dix ont pris des médicaments contre les parasites intestinaux (18 %).

Pour lutter contre la cécité crépusculaire, il faut d'abord lutter contre la carence en vitamine A. En effet, la cécité crépusculaire a souvent pour cause une carence en vitamine A (ou avitaminose A), résultant d'une alimentation peu variée et d'une consommation insuffisante d'aliments contenant cette vitamine et cette affection a un effet néfaste sur la santé des femmes.

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes, si pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au cours de la nuit. Le tableau 7.4 indique que près 6 % des femmes ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années ont déclaré que pendant leur grossesse, elles avaient eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit.

Cependant, une proportion importante de femmes a déclaré avoir eu également des difficultés pour voir pendant la journée : ces femmes ont donc, probablement, des problèmes de vue, mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. C'est pourquoi une prévalence « ajustée » de la cécité crépusculaire a été calculée en éliminant de la cécité crépusculaire « déclarée » les femmes ayant également rapporté avoir des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi « ajustée » passe à 3 %. La proportion de femmes considérées comme étant atteintes de cécité crépusculaire est influencée par l'âge de la femme : 2 % des femmes de 15-19 ans contre 4 % des femmes de 45-49 ans.

On note cependant que cette forme de cécité est beaucoup plus fréquente en milieu rural (3 %) qu'en milieu urbain (1 %). Au niveau des provinces, on note que dans celles du Sud, du Nord et de l'Est (3 % dans chaque cas), la proportion de femmes souffrant de cette affection est un peu plus élevée que dans les autres.

Les résultats selon le niveau de bien-être économique montrent que la proportion de femmes atteintes de cécité crépusculaire est deux fois plus élevée dans les ménages du quintile le plus pauvre (4 %) que dans ceux du quintile le plus riche (2 %). En fonction du niveau d'instruction, on note que c'est parmi les femmes sans instruction que la proportion de celles qui sont atteintes de cécité crépusculaire est la plus élevée (4 % contre 2 % pour les autres).

Le tableau 7.4 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés/sirop de fer durant la grossesse. Dans l'ensemble, près de six femmes sur dix (57 %) ont déclaré n'avoir pris aucun supplément de fer pendant leur grossesse; à l'opposé, 36 % en ont pris pendant moins de 60 jours. Les résultats montrent que dans les provinces Est et Nord (respectivement, 64 % et 65 %), près des deux tiers des femmes n'ont pas bénéficié de ces suppléments de fer ; à l'opposé, parmi les femmes de la province Ouest, 48 % en ont pris pendant, au moins, 60 jours.

Le tableau 7.4 montre aussi que 18 % des femmes ont déclaré avoir pris des vermifuges pendant la grossesse. On constate que la prise de vermifuges diminue avec l'âge de la femme, de 24 % à 15-19 ans à 11 % à 40-49 ans. En outre, c'est parmi les femmes du milieu urbain (20 %), celles de la ville de Kigali (19 %) et de la province Ouest (23 %), parmi celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (21 %) et parmi celles des deux quintiles les plus riches (23 % pour le quatrième et 20 % pour le cinquième) que la proportion de celles qui ont pris des vermifuges pendant la grossesse est la plus élevée.

Tableau 7.4 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de mères de 15-49 ans qui, durant la grossesse du dernier enfant né au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, ont souffert de cécité nocturne, pourcentage qui ont pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, pendant un nombre déterminé de jours et pourcentage ayant pris des vermifuges, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Cécité nocturne déclarée	Cécité nocturne ajustée	Nombre de jours pendant lesquels les femmes ont pris des suppléments de fer sous forme de comprimés ou de sirop au cours de la grossesse					Pourcentage de femmes qui ont pris des vermifuges pendant la grossesse	Effectif de femmes
			Aucun	<60	60-89	90+	NSP/ manquant		
Groupe d'âges									
15-19	3,0	1,9	54,9	42,3	0,0	0,0	2,9	23,9	62
20-29	3,9	1,9	57,8	34,9	0,2	0,0	7,0	19,7	1 743
30-39	6,8	3,1	56,1	36,0	0,5	0,1	7,4	18,0	1 314
40-49	10,7	4,3	56,3	35,5	0,0	0,2	8,0	10,9	540
Milieu de résidence									
Urbain	3,2	1,2	56,2	36,5	1,0	0,3	5,9	20,0	544
Rural	6,4	2,9	57,0	35,3	0,2	0,0	7,4	17,5	3 114
Province									
Ville de Kigali	2,1	1,4	56,0	35,1	1,4	0,5	6,9	18,9	287
Sud	7,7	3,3	56,5	37,2	0,3	0,1	5,9	16,4	930
Ouest	4,9	1,7	44,7	48,2	0,1	0,0	6,9	23,1	913
Nord	6,6	2,9	63,8	26,9	0,4	0,0	8,8	15,6	641
Est	5,9	3,3	65,2	27,1	0,0	0,0	7,7	15,4	888
Niveau d'instruction									
Aucun	7,9	4,1	58,6	34,3	0,3	0,0	6,8	15,8	923
Primaire	5,5	2,2	57,4	35,2	0,3	0,0	7,1	18,3	2 452
Secondaire/supérieur	3,3	2,3	46,9	42,4	0,4	0,7	9,6	20,9	282
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	8,9	4,3	58,6	34,1	0,3	0,0	7,0	16,0	572
Second	5,6	2,8	60,0	32,2	0,1	0,0	7,7	14,7	1 034
Moyen	6,1	1,7	55,1	37,5	0,6	0,0	6,9	17,1	705
Quatrième	5,9	3,3	54,6	38,1	0,2	0,0	7,1	22,6	708
Le plus riche	3,6	1,5	55,0	37,1	0,5	0,4	7,1	20,4	639
Ensemble	5,9	2,7	56,9	35,5	0,3	0,1	7,2	17,9	3 658

7.1.2 Vaccination antitétanique

Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. L'injection antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger l'enfant contre cette maladie. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin pendant la grossesse; toutefois, si elle a déjà été

vaccinée, par exemple lors d'une grossesse précédente, une seule dose est nécessaire. Il est important de signaler ici que les informations ne retracent pas « l'histoire vaccinale » des femmes, certaines ayant pu recevoir d'autres doses de vaccins avant la période considérée. De plus, dans le cas où ces vaccins auraient été donnés au cours des dix dernières années, cela confère aux femmes une certaine immunité.

Les données du tableau 7.5 montrent que seulement 31 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête ont reçu, au moins, deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Cependant, dans 72 % des cas, les mères étaient complètement protégées contre le tétanos néonatal pour la dernière naissance survenue au cours des cinq années avant l'enquête. Les écarts selon les variables sociodémographiques sont importants. Tout d'abord, l'âge de la mère semble jouer un rôle important, la proportion de mères complètement protégées augmentant avec l'âge, de 49 % parmi celles de moins de 20 ans à 69 % parmi celles de 35-49 ans. De même, les naissances de rangs intermédiaire sont mieux protégées que celles de rang 1 et de rangs élevés : 81 % pour les rangs 2-3 et 78 % pour les rangs 4-5 contre 54 % pour le rang 1 et 70 % pour les rangs 6 et plus.

Tableau 7.5 Vaccination antitétanique

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu au moins deux injections antitétaniques au cours de la grossesse pour la naissance vivante la plus récente et pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage ayant reçu deux injections ou plus au cours de la dernière grossesse	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal	Effectif de mères
Âge de la mère à la naissance de l'enfant			
<20	36,4	48,7	174
20-34	35,6	75,0	2 625
35-49	14,8	69,4	859
Rang de naissance			
1	52,4	53,9	690
2-3	36,9	80,6	1 240
4-5	23,3	78,1	878
6+	11,7	69,7	850
Milieu de résidence			
Urbain	31,5	70,5	544
Rural	30,6	72,8	3 114
Province			
Ville de Kigali	32,2	67,3	287
Sud	33,1	70,0	930
Ouest	25,6	77,6	913
Nord	33,1	71,4	641
Est	31,3	72,2	888
Niveau d'instruction de la mère			
Aucun	27,3	71,9	923
Primaire	31,3	72,1	2 452
Secondaire/Supérieur	36,9	77,2	282
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	29,6	68,6	572
Second	30,6	73,4	1 034
Moyen	29,4	75,2	705
Quatrième	32,0	74,3	708
Le plus riche	31,8	69,2	639
Ensemble	30,7	72,4	3 658

En fonction du milieu de résidence, les écarts sont peu importants (71 % en rural contre 73 % en urbain). Par contre, dans les provinces, on note des disparités. C'est dans la ville de Kigali que la proportion de femmes complètement vaccinées contre le tétanos néonatal est la plus faible (67 %) ; À l'opposé, dans la province Ouest, 78 % ont bénéficié de cette protection. Les autres résultats présentés dans ce tableau font apparaître de légères variations selon le niveau d'instruction : 77 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont reçu une protection complète contre le tétanos néonatal contre seulement 72 % de celles sans instruction et de celles ayant un niveau primaire. Enfin, on ne remarque pas de tendance de la couverture vaccinale des femmes en fonction du niveau de vie du ménage : c'est dans les ménages les plus pauvres et dans les plus riches que la proportion de femmes complètement protégées est la plus faible (69 % dans les deux cas). Dans les catégories intermédiaires, la proportion se situe entre 73 % et 75 %).

7.2 ACCOUCHEMENT

7.2.1 Lieu d'accouchement

Le tableau 7.6 indique que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 49 % se sont déroulées à la maison et 45 % dans un établissement de santé, essentiellement du secteur public. Cependant, parmi certaines catégories de femmes, la proportion de celles qui ont accouché à domicile est plus élevée que la moyenne nationale. En effet, en milieu rural, cette proportion est de 52 % contre 33 % en milieu urbain. De même, parmi les femmes sans niveau d'instruction, 61 % ont accouché à domicile. C'est parmi les femmes n'ayant reçu aucun soin prénatal (88 %) et parmi celles des ménages des trois premiers quintiles (plus de 52 %) que l'accouchement s'est le plus fréquemment déroulé à la maison. Mais il faut souligner que dans la capitale, plus de trois femmes sur dix ont accouché à domicile (35 %). En outre, pour près de sept naissances sur dix du milieu urbain, les femmes ont accouché dans un établissement de santé (65 %).

Il en est de même des naissances issues des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (74 % dans un établissement public et 5 % dans un établissement privé) et des naissances issues des femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche (62 % dans le secteur public et 4 % dans le secteur privé). Par ailleurs, le lieu d'accouchement varie de manière important selon l'âge de la mère : plus celle-ci est âgée, plus elle a tendance à accoucher fréquemment à la maison (59% pour les 35-49 ans, 48 % pour les 20-34 ans et 35 % pour les moins de 20 ans). De même, le rang de naissance semble jouer un rôle important dans le choix du lieu d'accouchement. Dans 66 % des cas, les naissances de rang 1 ont eu lieu dans un établissement sanitaire du secteur public contre 44 % de celles de rang 2-3 et 34 % pour le rang 6 ou plus.

Tableau 7.6 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Établissement de santé		Maison	Autre	Manquant	Total	Pourcentage dont la naissance a eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé						
Âge de la mère à la naissance de l'enfant								
<20	58,8	1,2	35,2	0,5	4,3	100,0	60,0	314
20-34	45,6	0,9	47,7	1,7	4,1	100,0	46,5	4 214
35-49	35,4	0,8	58,9	1,6	3,3	100,0	36,2	1 129
Rang de naissance								
1	66,0	1,2	26,6	1,2	5,0	100,0	67,2	1 203
2-3	44,1	1,0	49,5	2,0	3,4	100,0	45,1	1 957
4-5	34,2	0,8	59,3	1,5	4,1	100,0	35,0	1 339
6+	33,9	0,5	60,6	1,6	3,4	100,0	34,4	1 157
Milieu de résidence								
Urbain	60,9	3,5	32,8	0,8	1,9	100,0	64,5	804
Rural	41,6	0,4	52,0	1,8	4,3	100,0	42,0	4 852
Province								
Ville de Kigali	55,2	5,6	35,4	0,4	3,5	100,0	60,8	425
Sud	40,9	0,6	53,3	1,7	3,6	100,0	41,4	1 442
Ouest	47,3	0,5	47,8	1,2	3,2	100,0	47,8	1 408
Nord	43,7	0,6	48,5	2,9	4,4	100,0	44,3	991
Est	42,1	0,4	51,2	1,4	4,9	100,0	42,5	1 390
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	31,3	0,3	61,3	1,6	5,6	100,0	31,6	1 453
Primaire	46,1	0,6	48,0	1,7	3,5	100,0	46,7	3 793
Secondaire/Supérieur	73,9	5,3	18,3	0,9	1,6	100,0	79,2	410
Visites prénatales[1]								
Aucune	8,6	0,0	88,0	2,7	0,7	100,0	8,6	99
1-3	45,8	1,0	51,2	1,6	0,4	100,0	46,8	2 628
4+	63,8	0,9	32,5	2,3	0,5	100,0	64,7	875
NSP/manquant	17,2	0,0	19,0	0,0	63,8	100,0	17,2	56
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	36,3	0,1	57,8	2,3	3,5	100,0	36,4	851
Second	37,8	0,6	55,1	1,2	5,2	100,0	38,4	1 634
Moyen	42,9	0,4	51,7	1,8	3,3	100,0	43,2	1 112
Quatrième	46,5	0,2	47,3	1,9	4,1	100,0	46,7	1 106
Le plus riche	61,8	3,5	30,9	1,2	2,6	100,0	65,3	954
Ensemble	44,3	0,9	49,2	1,6	3,9	100,0	45,2	5 656

[1] Concerne seulement la naissance la plus récente au cours des cinq dernières années.

7.2.2 Assistance pendant l'accouchement

L'analyse des données du tableau 7.7 montre que 52 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes, des infirmières ou des infirmières auxiliaires. Dans 2 % des cas, les accouchements ont été assistés par des accoucheuses traditionnelles. Seulement 6 % des accouchements se sont déroulés en présence d'un médecin. Il faut aussi souligner que dans 30 % des cas, ce sont les parents qui ont fourni une assistance durant l'accouchement et que dans 12 % des cas, les femmes ont accouché sans aucune assistance.

On constate que les naissances qui ont été assistées par du personnel formé varient de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques. En premier lieu, on remarque que ce sont les naissances des femmes les plus âgées (35-49 ans) qui ont le moins fréquemment bénéficié d'une

assistance au cours de l'accouchement (43 % contre 67 % quand la mère a moins de 20 ans). On note ensuite que la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté diminue avec le rang de naissance de l'enfant, passant de 74 % pour le rang 1 à 41 % pour les rangs six ou plus ; Les résultats selon le lieu de l'accouchement montrent, de manière non surprenante, que les naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé ont été assistées, dans la quasi-totalité des cas (99 %), par un prestataire de santé formé. On constate en outre que les naissances des femmes du milieu urbain (70 %) et de celles de la ville de Kigali (66 %) se sont plus fréquemment déroulées avec l'assistance de personnel formé que celles du milieu rural et des autres provinces. Enfin, on note que le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage dans lequel elle vit sont les variables qui influence le plus l'assistance à l'accouchement puisque 82 % des naissances de femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire ont été assistées contre seulement 39 % de celles qui n'ont aucune instruction ; de même, dans les quintiles, la proportion de naissances assistées augmente avec le niveau de vie du ménage, variant de 43 % dans le quintile le plus pauvre à un maximum de 71 % dans le plus riche, dont 14 % avec l'assistance d'un médecin.

Tableau 7.7 Assistance à l'accouchement

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Infirmière auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ autre	Personne	NSP/ manquant	Total	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant										
<20	7,9	51,9	7,5	1,1	22,5	5,5	3,7	100,0	67,3	314
20-34	5,9	41,0	6,3	1,7	29,9	11,1	4,1	100,0	53,3	4 214
35-49	4,6	32,6	6,2	1,0	34,4	18,1	3,0	100,0	43,4	1 129
Rang de naissance										
1	10,0	57,7	6,1	1,3	16,1	4,3	4,5	100,0	73,8	1 203
2-3	5,8	39,7	6,5	1,8	32,2	10,5	3,5	100,0	52,0	1 957
4-5	3,5	32,2	7,1	1,7	33,9	17,4	4,3	100,0	42,7	1 339
6+	3,9	30,9	5,7	1,1	38,2	17,0	3,2	100,0	40,5	1 157
Lieu d'accouchement										
Établissement de santé	12,5	86,7	0,1	0,0	0,3	0,0	0,3	100,0	99,4	2 557
Ailleurs	0,1	0,9	12,4	3,0	59,3	23,9	0,4	100,0	13,4	2 877
Manquant	1,1	6,4	0,0	0,0	2,7	0,0	89,8	100,0	7,5	222
Milieu de résidence										
Urbain	14,4	51,0	4,3	1,7	20,4	6,7	1,4	100,0	69,8	804
Rural	4,3	38,1	6,7	1,5	32,1	13,1	4,2	100,0	49,1	4 852
Province										
Ville de Kigali	16,1	46,2	3,2	2,3	22,3	6,9	3,0	100,0	65,5	425
Sud	5,1	36,8	8,8	1,7	32,1	12,0	3,5	100,0	50,7	1 442
Ouest	4,1	44,1	3,7	0,5	33,4	11,2	3,0	100,0	51,9	1 408
Nord	5,2	39,4	3,1	1,0	29,1	17,5	4,7	100,0	47,7	991
Est	5,4	37,5	9,9	2,5	29,0	11,2	4,7	100,0	52,7	1 390
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	2,5	29,4	7,1	2,0	36,4	17,2	5,4	100,0	39,0	1 453
Primaire	5,5	41,9	6,5	1,4	30,2	11,0	3,5	100,0	53,9	3 793
Secondaire/Supérieur	20,0	59,4	2,6	1,1	11,0	4,5	1,5	100,0	82,0	410
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	2,9	33,9	5,9	1,4	38,0	14,4	3,6	100,0	42,7	851
Second	4,0	34,8	7,0	1,4	34,2	13,4	5,1	100,0	45,8	1 634
Moyen	4,1	39,5	7,2	1,4	31,7	12,8	3,3	100,0	50,7	1 112
Quatrième	4,9	42,5	6,5	2,5	25,5	14,6	3,6	100,0	53,9	1 106
Le plus riche	14,3	51,7	4,6	0,8	21,3	4,5	2,8	100,0	70,6	954
Ensemble	5,8	39,9	6,4	1,5	30,4	12,2	3,8	100,0	52,1	5 656

Note : Si l'enquêtée a déclaré que plus d'une personne avait assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

Tendances

Le graphique 7.1 retrace l'évolution de la couverture en soins prénatals et des conditions d'accouchement, de 1992, date de la première EDS à 2007-2008, date de l'enquête actuelle. En ce qui concerne les soins prénatals, on constate que depuis 1992, la quasi-totalité des femmes se rendent en consultation prénatale. Cette proportion élevée a encore légèrement augmenté puisqu'elle concernait, en 2005, 94 % des femmes et qu'elle situe, à l'enquête actuelle, à 96 %. D'autre part, les conditions dans lesquelles se déroulent les accouchements se sont nettement améliorées. En effet, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé a régulièrement augmenté, passant de 26 % en 1992 à 31 % en 2000, puis à 39 % en 2005 pour atteindre 52 % en 2007-2008. En ce qui concerne l'accouchement en établissement sanitaire, on note que de 1992 à 2000, la situation ne s'était pas réellement améliorée, les proportions de femmes ayant accouché en établissement sanitaire étant passées de 25 % à 28 %. Par contre, entre 2005 et 2007-2008, la proportion est passée de 28 % à 45 %.

***Graphique 7.1* Soins prénatals et conditions d'accouchement, selon l'EDSR-I, l'EDSR-II, l'EDSR-III, et l'EIDSR**

7.3 VACCINATION DES ENFANTS

Pour permettre une évaluation de la couverture du Programme Élargi de Vaccinations (PEV) au Rwanda, l'EIDSR-2007-2008 a collecté des données sur la couverture vaccinale pour tous les enfants nés dans les cinq dernières années ayant précédé l'enquête.

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole et trois doses de vaccin contre la polio et le DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche). De plus, l'OMS recommande que l'ensemble de ces vaccinations soit effectué avant l'âge de 1 an.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère quand ce dernier n'était pas disponible ou n'existait

pas. Les résultats du tableau 7.8 présentent la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, devraient être correctement et complètement vaccinés.

L'analyse de ces données montre que quatre enfants de 12-23 mois sur cinq (80 %) ont été complètement vaccinés d'après les deux sources d'information.

Tableau 7.8 Vaccinations par sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins, à n'importe quel moment avant l'enquête et selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère et pourcentage ayant été vacciné avant l'âge de 12 mois, Rwanda 2007-2008

		DTCoq ou Pentavalent			Polio							
Source d'information	BCG	1	2	3	0[1]	1	2	3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucun vaccin	Effectif d'enfants
Vacciné avant l'enquête												
Carnet de vaccination	66,8	66,8	66,4	66,1	62,8	66,9	66,3	65,8	64,1	63,5	0,0	821
Déclaration de la mère	28,7	28,1	26,2	23,7	22,4	28,7	26,6	19,7	26,3	16,9	3,8	405
Les deux sources	95,5	94,8	92,6	89,8	85,2	95,6	92,9	85,5	90,4	80,4	3,8	1 226
Vacciné avant l'âge de 12 mois	95,2	94,3	91,9	88,5	84,9	94,9	92,2	84,5	82,9	73,8	4,2	1 226

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

Selon les deux sources, on constate que 96 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG (donné en principe à la naissance) et 95 % avaient reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. Plus de neuf enfants sur dix (95 %) ont reçu la première dose de DTCoq, mais cette couverture vaccinale diminue légèrement avec le nombre de doses. En effet, de 95 % pour la première dose, la proportion passe à 93 % pour la deuxième dose et à 90 % pour la troisième dose. Ainsi, pour ce vaccin, le taux de déperdition entre la première et la deuxième dose est de 2 % et il est de 5 % entre la première et la troisième dose.

En ce qui concerne le vaccin de la polio, on constate aussi des variations selon la dose : 96 % ont reçu la première dose de polio mais cette proportion diminue ensuite avec les doses et seulement moins de neuf enfants sur dix ont reçu les trois doses de polio (86 %). On constate que le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de polio est d'environ 10 %. Par ailleurs, selon les deux sources d'information, 85 % des enfants ont reçu la dose de polio 0 à la naissance.

En outre, selon les deux sources d'information, le vaccin de la rougeole a été administré à 90 % d'enfants, mais seulement 83 % l'ont reçu avant l'âge de 12 mois.

Parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, 74 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois. À l'inverse, 4 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV avant l'âge de 12 mois.

Tendances

Un moyen d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale consiste à comparer les résultats de l'enquête actuelle à ceux des deux enquêtes précédentes. Les résultats de la précédente enquête n'avaient pas mis en évidence de changement de la couverture vaccinale par rapport à la première enquête : la proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV, qui était de 76 % en 2000 était passée à 75 % en 2005 ; on enregistre donc une amélioration de la couverture vaccinale des enfants rwandais depuis 2000, la proportion étant passée de 76 % à 80 %. Cependant, la

comparaison des résultats de l'enquête actuelle avec ceux de la première enquête réalisée en 1992 ne fait pas apparaître d'amélioration ; en effet, en 1992, 87 % des enfants étaient complètement vaccinés. La couverture vaccinale n'a donc toujours pas retrouvé le niveau qui prévalait en 1992.

En revanche, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination reste pratiquement stable et se situe autour de 4 % depuis 1992.

7.3.1 Couverture vaccinale par type de vaccin (enfants de 12-23 mois)

Le tableau 7.9 présentent la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. En ce qui concerne le sexe de l'enfant, on constate qu'il n'y a pas de différence de couverture vaccinale chez les garçons et chez les filles (80 % contre 81 %). Les résultats selon le rang de naissance de l'enfant semblent indiquer que la couverture vaccinale des naissances de rang 1 et celles de rang 6 ou plus est un peu plus élevée que celle des naissances 2-3 et 4-5.

Tableau 7.9 Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq ou Pentavalent			Polio				Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucun vaccin	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	0[1]	1	2	3					
Sexe													
Masculin	95,9	95,3	93,1	90,1	84,6	95,6	93,7	86,2	90,1	80,2	3,9	65,4	613
Féminin	95,1	94,4	92,1	89,5	85,8	95,5	92,1	84,8	90,7	80,6	3,7	68,6	613
Rang de naissance													
1	96,8	96,1	93,3	89,5	87,2	96,8	92,9	85,7	92,7	82,6	3,2	66,6	240
2-3	94,1	93,9	91,2	87,8	83,9	93,9	91,7	85,4	89,5	79,0	5,0	64,4	447
4-5	96,1	96,2	95,0	92,7	86,3	96,4	94,7	86,8	88,3	79,3	2,9	69,4	283
6+	96,0	93,7	91,8	90,3	84,4	96,5	92,9	84,1	92,2	82,0	3,3	69,1	256
Milieu de résidence													
Urbain	98,4	96,7	95,1	91,7	91,2	98,3	95,6	87,2	91,8	80,5	1,3	63,5	168
Rural	95,0	94,5	92,2	89,5	84,3	95,1	92,5	85,3	90,2	80,4	4,2	67,5	1 058
Province													
Ville de Kigali	94,6	93,9	90,3	85,6	89,3	96,3	91,6	84,2	90,8	77,8	2,5	64,8	95
Sud	94,7	94,2	91,4	87,5	83,9	94,7	90,9	83,5	87,7	77,1	5,3	67,5	322
Ouest	97,2	97,1	95,0	93,9	90,4	96,8	94,4	87,7	92,4	85,3	2,8	73,4	318
Nord	94,1	92,2	91,4	91,0	87,8	94,0	93,3	88,6	92,9	84,5	3,9	69,3	204
Est	95,8	95,2	93,1	88,2	77,6	96,1	93,5	83,6	89,2	76,7	3,6	58,3	287
Niveau d'instruction de la mère													
Aucun	95,6	93,6	91,0	88,2	86,6	95,1	90,9	82,1	86,1	77,0	4,0	71,1	303
Primaire	95,1	94,8	92,6	89,8	84,3	95,4	93,1	86,4	91,4	81,3	4,0	65,3	825
Secondaire/supérieur	98,7	98,7	97,6	94,9	88,4	98,7	97,0	88,8	95,3	84,0	1,3	68,7	98
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	94,9	93,6	92,9	90,7	86,7	94,9	92,8	86,2	89,4	81,5	5,1	66,4	199
Second	94,1	94,4	92,1	88,7	84,8	94,7	90,7	83,5	88,2	79,0	5,1	67,6	323
Moyen	97,3	95,4	93,9	90,9	87,2	96,9	93,2	84,2	90,2	78,2	2,7	70,2	254
Quatrième	94,8	94,1	91,9	89,7	82,9	94,6	93,7	85,5	92,8	81,2	2,9	67,1	245
Le plus riche	96,9	96,9	92,5	89,3	84,8	97,2	95,0	89,9	92,3	83,4	2,8	62,3	204
Ensemble	95,5	94,8	92,6	89,8	85,2	95,6	92,9	85,5	90,4	80,4	3,8	67,0	1 226

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

Sur le plan géographique, on ne constate pas d'écart entre les milieux de résidence (81 % en urbain contre 80 % en rural). Par contre, la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins présente des variations selon les régions de résidence : on constate que c'est dans les provinces Ouest et Nord (85 % dans les deux cas) que les proportions d'enfants ayant reçu tous les vaccins sont les plus élevées. À l'opposé, cette proportion n'est que de 77 % dans les provinces Sud et Est et de 78 % dans la ville de Kigali.

Les résultats selon le niveau d'instruction montrent que la couverture vaccinale des enfants est influencée par le niveau d'instruction de la mère, la proportion d'enfants complètement vaccinés variant d'un minimum de 77 % chez les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 81 % quand elle a un niveau primaire et à un maximum de 84 % quand elle a, au moins, un niveau secondaire. En fonction des quintiles économiques, on ne note pas de tendance. En effet, il n'y a pratiquement pas d'écarts entre les enfants vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre et ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche (respectivement 82 % et 83 %). C'est parmi les enfants du quintile moyen que la couverture vaccinale est la plus faible (78 %). Cependant, si l'on examine les proportions d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, on note que dans les 3 derniers quintiles, seulement 3 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin contre 5 % dans les deux plus riches.

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ayant été collectées pour tous les enfants de moins de cinq ans, il est possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de 12 mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois. Le tableau 7.10 présente donc les taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère pour les enfants de ces différents groupes d'âges. On y trouve également les proportions d'enfants de chaque groupe d'âges pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice.

Tableau 7.10 Vaccinations au cours de la première année

Pourcentage d'enfants âgés de 12-59 mois au moment de l'enquête ayant reçu certains vaccins avant l'âge de 12 mois et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon l'âge actuel de l'enfant, Rwanda 2007-2008

		DTCoq ou Pentavalent			Polio								
Âge en mois	BCG	1	2	3	0[1]	1	2	3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucun vaccin	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
12-23	95,2	94,3	91,9	88,5	84,9	94,9	92,2	84,5	82,9	73,8	4,2	67,0	1 226
24-35	92,3	90,8	87,5	84,8	80,4	91,8	88,6	79,2	75,4	64,1	7,3	59,0	959
36-47	88,7	87,8	84,8	81,4	75,2	88,3	85,7	76,0	72,8	61,2	10,2	51,3	1 066
48-59	84,5	83,0	80,7	78,0	71,6	84,0	81,1	70,7	69,5	57,5	14,4	45,7	963
Ensemble	90,7	89,5	86,8	83,7	78,5	90,3	87,5	78,2	76,0	64,9	8,6	56,3	4 213

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice dans 56 % des cas. Cette proportion passe de 46 % pour les enfants de 48-59 mois à 67 % pour les enfants de 12-23 mois. Cette augmentation peut être en partie, le résultat de perte des cartes de vaccination avec l'avancement en âge de l'enfant.

On constate que, pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, 65 % ont reçu tous les vaccins avant l'âge d'un an : 91 % ont reçu le BCG, 78 % ont reçu la troisième dose de polio et 84 % la troisième dose

de DTCoq, en outre, 76 % ont été vaccinés contre la rougeole. À l'opposé, 9 % des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucune vaccination du PEV avant l'âge de 1 an.

Etant donné qu'il s'agit ici des vaccins reçus avant l'âge de 12 mois, les différents taux de vaccinations selon l'âge actuel de l'enfant reflètent les variations de la couverture vaccinale au cours des quatre années ayant précédé l'enquête, soit 2004-2005 à 2007-2008. Il apparaît ainsi que les proportions d'enfants ayant reçu le BCG et les troisièmes doses de polio et DTCoq ont connu une amélioration nette ces dernières années, passant de 85 % à 95 % pour le BCG, de 78 % à 89 % pour le DTCoq et de 71 % à 85 % pour la polio. On note donc une baisse du taux de déperdition entre la première dose et la troisième dose de polio. Cette proportion passe de 13 % en 2004-2005 à 10 % en 2007-2008. L'amélioration concernant la vaccination contre la rougeole est également importante puisque le taux de couverture est passé de 70 % à 83 % au cours des quatre dernières années.

Rappelons que le vaccin contre la rougeole est fait assez tardivement au cours des 12 premiers mois, comme la troisième dose de polio et de DTCoq. La proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu tous les vaccins au cours des quatre dernières années a connu une augmentation nette : de 58 % en 2004-2005 à 74 % en 2007-2008.

7.4 MALADIES DES ENFANTS

7.4.1 Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës (IRA), et particulièrement la pneumonie, constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces maladies parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants de moins de cinq ans avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide. Bien qu'insuffisante pour établir un véritable diagnostic, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de nombreux cas, révélatrice d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Pour les enfants ayant présenté ces symptômes d'IRA, on a cherché à connaître le pourcentage de ceux qui avaient été conduits en consultation.

Le tableau 7.11 présente les résultats de la prévalence et du traitement des symptômes d'infection respiratoires aigues.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu'environ 15 % ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide. C'est chez les enfants de 6-11 mois (22 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes. On ne note pas d'écart entre les sexes (16 % chez les garçons et 15 % chez les filles), ni entre les milieux de résidence (15,2 % en milieu rural contre 15,4 % en milieu urbain), ni en fonction du niveau de vie. On constate une très légère variation entre les niveaux d'instruction, la prévalence passant de 16 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction à 18 % pour ceux dont elle a le niveau secondaire ou plus.

Du point de vue régional, on note que c'est dans la province Ouest que la prévalence des IRA est la plus élevée (17 %), suivie de la province Sud (16 %) et de la Province Est (15 %). C'est dans la province Nord que la prévalence des IRA est la plus faible (12 %).

Le tableau 7.11 présente également les proportions d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA pour lesquels un traitement a été recherché. On constate que pour seulement 28 % des enfants malades, on a recherché un traitement dans un centre de santé ou auprès d'un prestataire. Les enfants de 48-59 mois sont

ceux qui ont été les moins fréquemment traités quand ils étaient malades (22 %) et à l'opposé, c'est pour ceux de 6-11 mois, qui sont ceux qui ont le plus souffert d'IRA, que l'on a le plus fréquemment recherché un traitement (33 %).

On remarque un écart entre les sexes : 31 % pour les garçons contre 25 % pour les filles. La fréquentation des établissements sanitaires par les enfants ayant souffert d'IRA est plus importante en milieu urbain (38 %) qu'en milieu rural (26 %), cela du fait d'une plus grande disponibilité des infrastructures sanitaires et d'une plus grande accessibilité en ville qu'en milieu rural.

Tableau 7.11 Prévalence et traitement des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'd'Infection Respiratoire Aiguë [IRA]) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé et pourcentage à qui on a administré des antibiotiques comme traitement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	Enfants de moins de cinq ans		Enfants de moins de cinq ans avec des symptômes d'IRA		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec des symptômes d'IRA	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé	Pourcentage à qui on a donné des antibiotiques	Effectif d'enfants
Âge en mois					
<6	16,7	500	25,4	15,3	84
6-11	21,6	528	32,5	10,7	114
12-23	16,7	1 226	29,3	14,1	205
24-35	14,4	959	26,2	10,8	139
36-47	13,9	1 066	30,8	16,5	148
48-59	11,1	963	21,5	8,0	107
Sexe					
Masculin	15,9	2 623	31,1	13,0	417
Féminin	14,5	2 618	24,7	12,5	379
Milieu de résidence					
Urbain	15,4	764	38,1	14,1	117
Rural	15,2	4 478	26,3	12,6	679
Province					
Ville de Kigali	13,8	400	42,4	11,8	55
Sud	16,0	1 340	21,0	9,1	215
Ouest	17,1	1 312	30,1	12,2	225
Nord	11,5	925	32,3	26,7	107
Est	15,4	1 263	27,1	10,2	195
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	15,8	1 321	18,7	7,8	209
Primaire	14,6	3 523	28,6	14,1	514
Secondaire/supérieur	18,4	397	50,7	18,2	73
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	15,5	778	15,8	7,9	120
Second	16,5	1 501	22,8	12,5	247
Moyen	14,9	1 040	25,2	10,6	155
Quatrième	14,2	1 016	37,1	19,9	145
Le plus riche	14,2	907	42,9	12,6	129
Ensemble	15,2	5 241	28,0	12,8	796

Note : Les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels ne sont pas considérés comme personnel/ établissement médical.

Du point de vue régional, on remarque que les enfants de la Ville de Kigali sont ceux qui ont été les plus fréquemment conduits dans des établissements sanitaires (42 %). À l'opposé, seulement 21 % des enfants malades de la province Sud ont bénéficié de soins. On constate, par ailleurs, que ce sont les enfants des femmes les plus instruites qui ont été les plus fréquemment conduits en consultation : 51 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus contre 29 % de ceux dont la mère a un niveau primaire et seulement 19 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction.

En outre, les enfants des ménages les plus riches ont plus fréquemment reçu un traitement quand ils étaient malades que ceux des autres ménages (43 % pour le quintile le plus riche contre 25 % pour le quintile moyen et 16 % pour le quintile le plus pauvre).

Le tableau 7.11 présente également les proportions d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA à qui on a administré des antibiotiques. Les résultats selon l'âge de l'enfant montrent que ce sont les enfants de moins de six mois (15 %) et ceux de 36-47 mois (17 %) qui ont été traités le plus fréquemment avec des antibiotiques. Il n'y a pas d'écart entre les sexes.

Au plan géographique, on ne constate pratiquement pas de différence entre les deux milieux de résidence (14 % en urbain contre 13 % en rural). Par contre, on note des écarts importants entre les provinces : la proportion d'enfants traités avec des antibiotiques varie d'un minimum de 9 % dans la province Sud à un maximum de 27 % dans la province Nord.

Les résultats selon le niveau d'instruction font apparaître une tendance : la proportion d'enfants traités avec des antibiotiques augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente, variant de 8 % parmi ceux dont la mère n'a pas d'instruction à 14 % quand elle a un niveau primaire et à 18 % quand elle a, au moins, un niveau secondaire. On ne note pas de tendance en fonction des quintiles de bien-être, la proportion d'enfants traités avec des antibiotiques étant irrégulière. Cependant dans les ménages les plus pauvres, seulement 8 % ont pris des antibiotiques contre 20 % dans le quatrième quintile.

7.4.2 Fièvre

La fièvre pouvant être l'un des principaux symptômes de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès dans les pays en développement, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Si tel était le cas, on demandait si l'enfant avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Au niveau national, on constate, d'après les résultats du tableau 7.12, que près d'un enfant sur cinq (21%) a eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. En outre, la prévalence de la fièvre présente des écarts selon l'âge de l'enfant, selon la région de résidence, selon le niveau d'instruction de la mère et selon les quintiles de bien-être économique de la mère.

En fonction de l'âge, on note que ce sont les enfants de 6-23 mois qui sont les plus touchés : 32 % des enfants de 6-11 mois et 26 % des enfants de 12-23 mois ont eu de la fièvre dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête. On constate des écarts selon les provinces de résidence, la prévalence variant d'un minimum de 18 % dans la ville de Kigali et de 19 % dans la province Nord à un maximum de 24 % dans la province Ouest et 23 % dans celle de l'Est.

Tableau 7.12 Prévalence et traitement de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé ; pourcentage ayant pris des antipaludéens et pourcentage ayant pris des antibiotiques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	Enfants de moins de cinq ans		Enfants de moins de cinq ans avec de la fièvre			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec de la fièvre	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé	Pourcentage qui a pris des anti-paludéens	Pourcentage qui a pris des antibiotiques	Effectif d'enfants
Âge en mois						
<6	14,6	500	35,8	3,3	23,8	73
6-11	31,7	528	39,3	6,4	17,1	167
12-23	25,5	1 226	36,4	7,2	19,1	313
24-35	23,1	959	36,9	6,3	14,8	222
36-47	18,8	1 066	33,3	2,2	15,1	201
48-59	15,4	963	25,6	6,4	10,3	149
Sexe						
Masculin	21,7	2 623	36,4	5,8	16,4	568
Féminin	21,2	2 618	33,4	5,5	16,4	556
Milieu de résidence						
Urbain	19,0	764	34,7	5,3	17,9	145
Rural	21,9	4 478	35,0	5,7	16,2	978
Province						
Ville de Kigali	17,7	400	41,2	3,6	18,6	71
Sud	20,6	1 340	27,3	3,9	9,6	276
Ouest	23,5	1 312	35,8	5,0	14,7	309
Nord	18,7	925	38,4	4,6	24,9	173
Est	23,4	1 263	37,5	9,0	19,0	296
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	22,7	1 321	27,1	7,0	12,8	300
Primaire	21,2	3 523	35,2	4,8	16,2	748
Secondaire/Supérieur	19,2	397	63,2	9,1	33,0	76
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	24,7	778	28,2	7,0	10,0	192
Second	21,0	1 501	29,7	4,1	16,3	316
Moyen	21,9	1 040	30,7	1,1	13,8	228
Quatrième	22,5	1 016	40,2	8,9	21,0	229
Le plus riche	17,6	907	51,8	9,0	21,3	160
Ensemble	21,4	5 241	34,9	5,6	16,4	1 124

Note : Les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels ne sont pas considérés comme personnel/établissement médical.

Par ailleurs, on constate certaines variations de la prévalence de la fièvre en fonction du niveau d'instruction des mères, puisque 23 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction et 21 % dont la mère a un niveau primaire ont eu de la fièvre contre 19 % des enfants dont la mère a un niveau au moins secondaire.

Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre, 35 % ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé. En outre, comme pour les infections respiratoires aiguës, on observe que les consultations sont beaucoup plus fréquentes que la moyenne lorsque l'enfant malade est âgé de 6-11

mois (39 %), qu'il est de sexe masculin, (36 %) et que sa mère a une instruction au moins secondaire (63 %) et qu'il vit dans un ménage classé dans le quintile le plus riche (52 %).

Le tableau 7.12 présente également le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et parmi ceux-ci le pourcentage qui ont pris des antibiotiques et des antipaludéens. Le recours à ces médicaments est assez limité : 16 % ont reçu des antibiotiques et 6 % des antipaludéens. On constate que les enfants de moins de 6 mois sont plus fréquemment soignés au moyen d'antibiotiques que les autres enfants (24 %). D'autre part, les enfants qui bénéficient des médicaments modernes sont des enfants dont le niveau d'instruction de la mère est au moins secondaire (9 % pour les antipaludéens et 33 % pour les antibiotiques) et ceux qui vivent dans un ménage classé dans le quintile le plus riche (9 % pour les antipaludéens et 21 % pour les antibiotiques).

7.4.3 Diarrhée

Prévalence de la diarrhée

Par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

C'est pour cette raison qu'au cours de l'EIDSR 2007-2008 on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. Précisons également que les questions sur la prévalence de la diarrhée portent sur l'épisode de référence de deux semaines ayant précédé l'enquête.

Selon les données du tableau 7.13, un enfant de moins de cinq ans sur sept (14 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (23 %) et de 12-23 mois (22 %). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

On constate des variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques, sauf en fonction du sexe de l'enfant et du milieu de résidence. En ce qui concerne les provinces, les résultats montrent que ce sont les enfants de la ville de Kigali et de la province Sud qui ont été les plus affectés (15 % contre un minimum de 11 % dans celle du Nord).

Le niveau d'instruction de la mère semble influencer le niveau de la prévalence de la diarrhée. Les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire ont été moins affectés par la diarrhée (12 %) que ceux dont la mère n'a qu'une instruction primaire (13 %) ou aucune instruction (16 %).

Les résultats en fonction des quintiles font apparaître des variations irrégulières de la prévalence de la diarrhée et aucune tendance selon le niveau de vie du ménage ne se dégage.

Tableau 7.13 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête		
	Toute diarrhée	Diarrhée avec sang	Effectif d'enfants
Âge en mois			
<6	5,6	0,5	500
6-11	23,1	3,3	528
12-23	22,0	2,3	1 226
24-35	15,4	2,7	959
36-47	9,5	1,3	1 066
48-59	5,3	1,0	963
Sexe			
Masculin	14,1	2,1	2 623
Féminin	13,4	1,6	2 618
Source d'approvisionnement en eau pour boire[1]			
Améliorée	12,2	1,6	3 254
Non améliorée	14,5	2,2	739
Autre/Manquant	17,1	2,4	1 248
Toilettes[2]			
Améliorées, privées	12,9	1,7	4 357
Non améliorées ou en commun	18,6	3,1	805
Manquant	9,8	0,5	80
Milieu de résidence			
Urbain	13,9	1,4	764
Rural	13,7	1,9	4 478
Province			
Ville de Kigali	14,9	1,1	400
Sud	14,8	1,6	1 340
Ouest	13,6	1,5	1 312
Nord	11,4	1,9	925
Est	14,0	2,7	1 263
Niveau d'instruction de la mère			
Aucun	15,7	2,8	1 321
Primaire	13,2	1,6	3 523
Secondaire/Supérieur	12,0	0,9	397
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	15,8	2,1	778
Second	11,9	1,4	1 501
Moyen	14,7	3,1	1 040
Quatrième	14,0	1,6	1 016
Le plus riche	13,4	1,2	907
Ensemble	13,7	1,9	5 241

[1] Source d'approvisionnement en eau pour boire améliorée sont l'eau du robinet dans le logement ou la cour, robinet public, puits protégé dans le logement ou la cour, puits public protégé, et en bouteille.
[2] Toilettes améliorées privées sont les toilettes de chasse d'eau et de fosse latrines améliorées qui ne sont pas partagées avec d'autres ménages.

Traitement de la diarrhée

Les résultats présentés au tableau 7.14 montrent qu'un tiers des enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ont été amenés en consultation. Les enfants qui ont le plus fréquemment bénéficié de consultations sont ceux de 12-47 mois (entre 33 % et 35 %), ceux du milieu urbain (38 %), ceux de la ville de Kigali (49 %), ceux du quintile le plus riche (51 %) et surtout ceux dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire (59 %). En outre, on constate que les consultations sont plus fréquentes dans le cas de présence de sang dans les selles par rapport à une diarrhée normale (41 % contre 32 %).

Tableau 7.14 Traitement de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage ayant reçu une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), pourcentage à qui on a augmenté les quantités de liquides, pourcentage ayant été traité avec une TRO ou à qui on a augmenté les quantités de liquides et pourcentage d'enfants à qui on a administré d'autres traitements, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

		Thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)					Autres traitements							
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants ayant la diarrhée pour lesquels on a consulté[1]	Sachets SRO	Solution maison recom-mandée (SMR)	Soit SRO ou SMR	Apport en liquides augmenté	SRO, SMR ou apport en liquides augmenté	Anti-biotiques	Médica-ments anti-motilité	Supplé-ments de zinc	Solution intra-veineuse	Remède maison/ autre	Manquant	Pas de traite-ment	Effectif d'enfants
Âge en mois														
<6	25,5	15,5	1,4	15,5	6,7	15,5	5,1	0,0	0,0	0,0	3,3	9,0	67,2	28
6-11	28,6	19,4	9,4	28,8	9,4	32,0	15,6	3,4	0,0	0,0	25,7	0,0	47,0	122
12-23	34,8	21,8	10,4	30,8	15,1	40,3	11,1	2,2	0,4	0,3	25,2	2,0	40,4	270
24-35	32,9	22,5	10,1	30,9	19,3	42,8	11,1	1,0	0,0	0,0	27,2	0,9	37,1	148
36-47	35,3	26,0	10,3	35,5	17,4	44,9	10,3	3,0	0,0	0,0	21,3	1,9	37,7	101
48-59	28,2	12,9	21,3	34,2	14,7	40,1	6,8	0,0	0,0	0,0	27,4	0,0	41,9	51
Sexe														
Masculin	30,7	20,9	9,5	30,0	15,3	37,4	11,6	3,0	0,3	0,0	23,1	1,1	42,9	369
Féminin	34,5	21,6	11,7	31,5	14,6	40,8	10,8	1,0	0,0	0,3	25,9	2,0	40,2	350
Type de diarrhée														
Pas de sang	31,6	21,5	11,0	31,1	15,9	39,8	10,1	2,2	0,2	0,2	23,7	1,4	42,4	552
Avec sang	41,1	29,9	5,6	35,5	10,0	42,1	18,1	2,4	0,0	0,0	32,2	0,0	32,8	97
Manquant	28,1	7,2	14,3	21,5	14,2	28,9	10,2	0,0	0,0	0,0	19,7	5,0	48,0	70
Milieu de résidence														
Urbain	37,9	30,3	13,2	42,3	15,4	46,6	16,7	3,2	0,0	0,8	14,4	0,8	41,8	106
Rural	31,7	19,7	10,1	28,8	14,9	37,7	10,3	1,8	0,2	0,0	26,2	1,7	41,6	613
Province														
Ville de Kigali	49,0	43,9	12,3	56,2	20,1	59,5	21,9	3,1	0,0	1,5	14,7	1,9	25,1	60
Sud	21,1	8,4	13,5	21,0	15,7	32,3	7,0	2,9	0,0	0,0	26,6	3,1	44,3	198
Ouest	38,8	30,9	10,7	40,4	13,7	45,3	15,2	2,4	0,0	0,0	27,6	1,1	34,6	179
Nord	39,9	25,9	7,6	33,5	12,3	42,5	9,8	0,0	1,1	0,0	17,8	0,9	42,3	105
Est	29,4	15,6	8,3	21,8	15,3	31,5	9,2	1,6	0,0	0,0	26,1	0,6	50,7	177
Niveau d'instruction de la mère														
Aucun	27,5	19,1	8,3	26,9	10,0	34,0	6,8	1,2	0,0	0,0	28,5	0,8	48,6	208
Primaire	32,2	20,5	11,1	30,5	16,1	39,7	11,8	2,1	0,2	0,0	24,0	1,9	39,6	463
Secondaire/Supérieur	58,8	38,5	14,8	50,6	25,2	54,7	24,9	5,3	0,0	1,8	11,2	1,6	30,6	48
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	29,9	18,1	5,9	24,0	14,0	31,6	5,0	2,3	0,9	0,0	20,6	1,4	53,9	123
Second	24,0	13,9	10,7	22,7	13,3	33,8	10,8	0,7	0,0	0,0	25,4	1,9	45,0	179
Moyen	23,9	15,5	12,6	26,7	14,7	36,1	10,3	1,9	0,0	0,0	23,4	2,5	42,0	153
Quatrième	39,1	30,8	10,3	39,6	15,8	46,6	10,9	1,5	0,0	0,0	27,1	1,6	34,7	143
Le plus riche	51,2	31,4	12,8	44,2	17,8	49,3	19,6	4,7	0,0	0,7	25,2	0,0	31,9	122
Ensemble	32,6	21,3	10,6	30,8	15,0	39,1	11,2	2,0	0,2	0,1	24,4	1,6	41,6	719

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation Orale (SRO), les Solutions Maison Recommandées (SMR), ou l'augmentation de la quantité de liquides.
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

Pendant les épisodes diarrhéiques, plus d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (21 %) a bénéficié d'une réhydratation orale de type SRO, 11 % ont reçu une Solution Maison Recommandée et pour 15 % des enfants, les apports en liquides ont été augmentés. Globalement près de deux enfants malades sur cinq ont été traités à l'aide d'une TRO (39 %). Ce type de traitement a été plus fréquemment administré aux enfants à partir de 12 mois (au moins 40 % contre un minimum de 16 % à moins de 6 mois), aux filles (41 % contre 37 % pour les garçons), aux enfants du milieu urbain (47 % contre 38 % en rural) ; dans les provinces, on note un écart important entre la ville de Kigali et les autres provinces : 60 % des enfants de la ville de Kigali ont reçu une TRO contre seulement 32 % dans celles du Sud et de l'Est. En outre, on constate que l'administration d'une TRO est influencée par le niveau d'instruction de la mère et le niveau de richesse du ménage : 55 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire ont bénéficié de ce traitement contre seulement 34 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction. Dans les quintiles, cette proportion varie de 32 % dans les ménages les plus pauvres à 49 % dans les plus riches.

Les médicaments antimotilités (2 %), les suppléments de zinc (0,2 %) et les solutions intraveineuses (0,1 %) ne comptent que pour une part négligeable dans le traitement de la diarrhée. Par contre, on constate qu'une proportion importante d'enfants a reçu des Remèdes maisons et autres (24 %) et des antibiotiques (11 %). À l'opposé, 42 % d'enfants n'ont reçu aucun traitement.

Alimentation pendant la diarrhée

Concernant les pratiques nutritionnelles des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée, le tableau 7.15 montre que, dans 42 % de cas, la mère a augmenté la quantité de liquides donnés à l'enfant pendant qu'il était malade. Dans 15 % des cas, au cours des épisodes diarrhéiques, l'enfant a reçu la même quantité de liquides que d'habitude et, dans 25 % des cas, l'enfant a reçu moins de liquides.

En ce qui concerne les aliments, on constate que c'est seulement dans 39 % des cas que les rations alimentaires ont été augmentées, dans 6 % des cas, elles n'ont pas changé et pour 46 % des enfants, elles ont été diminuées ; dans 2 % des cas, l'alimentation a été complètement stoppée.

Tableau 7.15 Alimentation pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon les quantités de liquides et d'aliments données comparées aux rations habituelles, Rwanda 2007-2008

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Pourcentage
Quantité de liquides offerts	
Davantage	41,6
Même que d'habitude	15,0
Un peu moins	24,5
Beaucoup moins	15,0
Rien	3,2
NSP/manquant	0,7
Total	100,0
Quantité d'aliments offerts	
Davantage	38,5
Même que d' habitude	5,5
Un peu moins	30,1
Beaucoup moins	16,2
Rien	1,9
N'a pas commencé à manger	7,2
NSP/Manquant	0,6
Ensemble	100,0
Effectif d'enfants	719

7.5 ALLAITEMENT INITIAL

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite l'apparition de la diarrhée et d'autres maladies. D'autre part, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénésique, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des enfants et des mères.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et de quel type d'aliments il s'agissait, et enfin à quelle fréquence les différents types d'aliments avaient été donnés à l'enfant.

Tableau 7.16 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités; parmi les enfants derniers-nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour qui a suivi leur naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	Parmi les enfants nés au cours des cinq dernières années		Parmi les derniers-nés qui ont été allaités			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage allaité	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité dans l'heure qui a suivi la naissance	Pourcentage allaité le jour qui a suivi la naissance[1]	Pourcentage alimenté avant le début de l'allaitement[2]	Effectif d'enfants derniers-nés qui ont été allaités
Sexe						
Masculin	97,7	2 860	67,2	90,3	22,1	1 818
Féminin	98,3	2 796	68,8	92,7	19,8	1 788
Milieu de résidence						
Urbain	97,2	804	73,3	94,3	18,4	534
Rural	98,1	4 852	67,1	91,0	21,5	3 071
Province						
Ville de Kigali	96,8	425	71,2	91,6	22,8	281
Sud	97,7	1 442	67,3	92,0	20,6	919
Ouest	98,7	1 408	70,8	90,5	18,3	900
Nord	98,6	991	62,8	90,9	24,1	636
Est	97,4	1 390	68,5	92,3	21,3	869
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	98,1	1 453	65,1	90,3	24,1	907
Primaire	98,1	3 793	68,5	91,7	19,8	2 421
Secondaire/supérieur	96,3	410	71,7	93,1	21,4	278
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de la santé[3]	97,4	2 945	72,3	94,0	15,8	2 010
Accoucheuse traditionnelle	96,3	86	80,2	100,0	29,0	48
Autre	98,5	1 720	63,2	90,4	28,8	1 045
Personne	98,7	688	64,0	89,7	26,9	461
Manquant	100,0	217	9,7	9,7	0,0	42
Lieu d'accouchement						
Établissement sanitaire	97,5	2 557	73,7	94,1	14,6	1 780
A la maison	98,2	2 785	63,9	90,6	28,1	1 710
Autre	100,0	92	58,1	96,4	17,8	66
Manquant	99,7	222	16,6	21,7	7,2	50
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	97,3	851	60,2	88,8	21,8	561
Second	98,4	1 634	66,4	90,4	22,2	1 022
Moyen	98,4	1 112	70,6	92,8	18,4	695
Quatrième	98,2	1 106	70,6	92,9	21,2	699
Le plus riche	97,3	954	71,8	92,7	20,9	628
Ensemble[4]	98,0	5 656	68,0	91,5	21,0	3 605

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.
[1] Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.
[2] Les enfants ayant reçu quelque chose d'autre que le lait maternel au cours des premiers trois jours avant que la mère commence à allaiter de manière régulière.
[3] Médecin, infirmière/sage-femme, sage-femme auxiliaire.
[4] Y compris les cas dont l'assistance à l'accouchement et le lieu d'accouchement sont non déterminés.

Quelques soient les caractéristiques des mères, on constate que la presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédées l'enquête (98 %) ont été allaités pendant un certain temps.

Parmi les enfants allaités, la proportion de ceux qui ont été allaités immédiatement dans l'heure qui a suivi la naissance est de 68 % ; en ce qui concerne la proportion de ceux qui ont été allaités le jour qui a suivi leur naissance, on constate qu'elle est de 92 %.

Bien que l'allaitement des enfants soit une pratique très répandue, il n'en demeure pas moins qu'un enfant sur trois (32 %) n'est pas allaité dans l'heure qui suit sa naissance et que 8 % des enfants ne reçoivent pas le lait maternel dans le premier jour qui suit leur naissance. En outre, près d'un enfant sur cinq (21 %) est alimenté avant le début de l'allaitement. Ce comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant et mettre ainsi sa vie en danger. En effet, c'est au cours des premiers allaitements, dans les vingt quatre heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour résister à de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, il est fréquent qu'il reçoive, à la place du lait maternel, d'autres liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Par conséquent, ces résultats montrent qu'il reste des efforts importants à déployer pour convaincre les mères de l'importance et des bienfaits de l'allaitement dès les premières heures de la vie de l'enfant.

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, le moment où cet allaitement commence varie quelque peu selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes.

C'est surtout en fonction de l'assistance lors de l'accouchement que les pourcentages d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance varient de manière sensible : quand l'accouchement a été assisté par une accoucheuse traditionnelle, 80 % ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance, cette proportion n'est que de 72 % si elle a été assistée par un professionnel de la santé et de 64 % si personne n'a assisté la mère pendant l'accouchement.

Le niveau d'instruction de la mère semble avoir une influence sur la pratique de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. On remarque ainsi que les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont été plus fréquemment allaités dans l'heure qui a suivi la naissance que ceux dont la mère a le niveau primaire ou moins (72 % contre 69 % pour ceux dont la mère a le niveau primaire et 65 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction).

Dans les provinces, le moment où l'enfant commence d'être allaité varie : c'est dans la province Nord que la proportion d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi sa naissance est la plus faible (63 %). A l'opposé, c'est dans la ville de Kigali et dans la province Ouest qu'elle est la plus élevée (71 % dans les deux cas).

7.6 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS

Les carences en vitamines et en minéraux peuvent être à l'origine de certaines maladies. Par exemple, la carence en vitamine A peut entraîner la cécité crépusculaire, celle du fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences ont aussi des conséquences moins visibles, telles que l'affaiblissement du système immunitaire.

La vitamine A est nécessaire au développement et à la conservation du tissu épithélial, de l'appareil digestif et respiratoire, entre autres, et elle est essentielle au bon fonctionnement de la rétine. Elle permet également de maintenir les défenses immunitaires de l'organisme. Elle est stockée par le foie,

mais lorsque les quantités sont trop faibles ou épuisées, les conséquences de la carence deviennent manifestes. La carence en vitamine A, ou l'avitaminose A, affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de décéder de maladies infectieuses. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants ; elle peut affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Toutefois, elle peut être évitée par des compléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments.

L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays qui ont une mortalité infanto juvénile supérieure à 70 pour mille, et dans lesquels la carence en vitamine est un problème de santé publique, un programme de contrôle de la vitamine A soit mis en place.

Le tableau 7.17 présente tout d'abord les pourcentages d'enfants derniers-nés de 6-59 mois qui ont reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois qui avaient précédé l'enquête. Près de trois enfants de 6-59 mois sur quatre (72 %) ont reçu des suppléments de vitamine A. Selon l'âge de l'enfant, on note que c'est à 24-35 mois que les enfants en ont reçu le plus fréquemment (76 %) et à 6-8 mois qu'ils en ont reçu le moins fréquemment (49 %).

Les proportions d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant. Les enfants du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreux à en avoir reçu (75 %) que ceux du milieu rural (72 %). En fonction des provinces, les résultats montrent que c'est dans celles de l'Est et de l'Ouest (74 % dans les deux cas), que les proportions d'enfants ayant bénéficié de ce supplément nutritionnel sont les plus élevées. À l'opposé, dans la province Sud, seulement 68 % en ont reçu. Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants dont les mères sont instruites ont plus fréquemment bénéficié de cet apport nutritionnel que ceux dont la mère n'a aucune instruction. Selon l'indice de bien être socio-économique, on note que les enfants des ménages les plus riches (entre 74 % et 75 %) ont un peu plus souvent reçu ces suppléments vitaminiques que ceux des deux quintiles les plus pauvres (70 % pour le second et 68 % pour le plus pauvre).

Le tableau 7.17 fournit également les proportions d'enfants ayant pris des suppléments de fer au cours des 7 derniers jours ayant précédé l'enquête.

Dans l'ensemble, près d'un enfant sur dix (8 %) a reçu des suppléments en fer au cours des 7 derniers jours ayant précédé l'enquête. Selon l'âge de l'enfant, on constate que c'est aux enfants de 12-23 moi que l'on a donné le plus fréquemment des suppléments de fer au cours des 7 derniers jours ayant précédé l'enquête (9 %). Les écarts selon les autres caractéristiques ne sont pas très importants. On peut néanmoins souligner que dans les provinces Sud et Nord, les proportions d'enfants qui ont reçu ce supplément nutritionnel sont très faibles (4 % dans les deux cas contre un maximum de 13 % dans celle de l'Ouest).

Le tableau 7.17 présente également le pourcentage d'enfants ayant reçu des vermifuges au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête. On constate que dans l'ensemble, 70 % des enfants de moins de cinq ans ont reçu des vermifuges au cours des 6 derniers mois. Remarquons que la prise des vermifuges au cours des 6 derniers mois augmente régulièrement avec l'âge de l'enfant. Cette proportion passe de 20 % pour les enfants de 6 à 8 mois et atteint 78 % pour les enfants de 36 à 47 mois.

Le milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écart important. Les résultats selon les provinces montrent que dans quatre provinces sur cinq, les proportions d'enfants ayant reçu des vermifuges sont très proches, seule la province Nord se détache avec une proportion de 75 %. En outre, comme pour les suppléments de vitamine A, ce sont les enfants dont la mère est instruite et ceux qui vivent dans un ménage riche qui ont le fréquemment été traités avec des vermifuges.

Tableau 7.17 Consommation de micronutriments

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois à qui on a donné des compléments de vitamine A au cours des six mois, des compléments de fer au cours des sept derniers jours et des vermifuges au cours des six mois ayant précédé l'enquête caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des suppléments de vitamine A au cours des 6 derniers mois	Pourcentage ayant reçu des suppléments de fer au cours des 7 derniers jours	Pourcentage ayant reçu des vermifuges au cours des 6 derniers mois	Effectif d'enfants
Âge en mois				
6-8	48,6	4,5	19,8	269
9-11	63,5	6,2	29,7	259
12-17	72,4	9,4	64,6	608
18-23	73,1	8,7	75,1	618
24-35	76,2	7,8	77,6	959
36-47	74,7	6,9	77,8	1 066
48-59	72,8	7,8	76,3	963
Sexe				
Masculin	72,2	6,8	70,4	2 369
Féminin	71,8	8,5	68,5	2 372
Allaitement				
Allaités	68,4	7,8	61,5	2 179
Non allaités	77,1	8,0	78,2	2 017
Manquant	67,9	5,8	69,1	545
Milieu de résidence				
Urbain	74,9	8,1	71,0	679
Rural	71,6	7,6	69,2	4 062
Province				
Ville de Kigali	72,3	8,4	69,2	360
Sud	67,6	3,6	69,6	1 226
Ouest	73,7	13,1	68,4	1 183
Nord	73,0	3,5	74,7	846
Est	74,3	9,2	66,7	1 126
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	68,9	9,0	66,3	1 209
Primaire	72,8	7,3	70,7	3 175
Secondaire/supérieur	75.6	6.0	69.1	358
Âge de la mère à la naissance				
15-19	67,3	4,5	63,4	55
20-29	72,4	7,6	67,2	2 226
30-39	71,9	7,8	72,3	1 830
40-49	71,5	7,7	70,1	632
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	68,0	7,1	65,5	696
Second	69,9	6,5	68,6	1 353
Moyen	73,8	8,4	67,9	950
Quatrième	74,9	8,4	71,9	916
Le plus riche	73,9	8,3	73,3	827
Ensemble	72,0	7,7	69,5	4 742

PALUDISME ET ANÉMIE 8

Depuis plusieurs années, le paludisme a demeuré la principale cause de mortalité et de morbidité au Rwanda avec une survenue des épidémies périodiques dans les zones de haute altitude. Le gouvernement du Rwanda a donc décidé, par la création d'un programme National de lutte contre le Paludisme guidé par un plan stratégique national de faire reculer le paludisme afin d'atteindre les objectifs d'Abuja de 2010 que se sont fixés tous les Chefs d'Etat africains. Pour réaliser ces objectifs, le pays a adopté une stratégie basée sur la disponibilité des services et l'expansion des interventions de lutte contre le Paludisme à tous les niveaux de soins de santé jusqu'au niveau de la communauté en vue d'augmenter son accessibilité aux mesures préventives de lutte contre le paludisme ainsi que les soins de santé ; cette mesure devrait contribuer à la réalisation des objectifs du millénaire tel qu'ils figurent dans le document du plan stratégique du secteur santé national pour la vision 2020.

Grâce à la volonté des plus hautes autorités du pays, le Rwanda a adopté comme principale stratégie de lutte contre le paludisme la prévention par l'utilisation des moustiquaires d'usine imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) ainsi que le traitement rapide et adéquat avec des antipaludiques efficaces.

Bien que la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) soit connue depuis des années comme moyen efficace de lutte contre le paludisme quand elle est utilisée fréquemment avec une couverture élevée de la communauté, le Rwanda comme les autres pays africains, n'a jamais pu atteindre une couverture élevée en MII. Depuis 2005, grâce au financement du Fond Mondial de Lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, le Rwanda a pu distribuer environ 3 millions de MIILDA aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans dont 1,364,897 MIILDA ont été distribuées au cours d'une campagne intégrée de vaccination contre la rougeole aux enfants de moins de 5 ans en septembre 2006.

8.1 PRÉVENTION DU PALUDISME

Au cours de l'enquête, des questions lors de l'interview portaient sur la possession d'une moustiquaire dans chaque ménage, le nombre de moustiquaires, le type de moustiquaire (imprégnée ou non) et depuis combien de temps le ménage possédait chaque moustiquaire. On a ensuite demandé, pour chaque moustiquaire obtenue dans les six mois précédant l'enquête, où et comment elle avait été obtenue. Les définitions concernant les divers types de moustiquaires figurent au bas du tableau 8.1.

8.1.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages

Les résultats du tableau 8,1 montrent que pratiquement six ménages sur dix (59 %) possèdent, au moins, une moustiquaire. Cette proportion était seulement de 18 % selon l'EDSR-III de 2005. Le pourcentage de ménages possédant, au moins une moustiquaire varie selon le milieu de résidence et la province ainsi que selon le niveau de bien-être du ménage. Il atteint un maximum de 71 % dans la Ville de Kigali contre un minimum de 51 % dans la province de l'Ouest. Selon le milieu de résidence, il varie de 69 % dans le milieu urbain à 57 % en milieu rural. Les ménages du quintile le plus riche possèdent plus fréquemment que les autres, au moins, une moustiquaire (respectivement 72 %, contre un minimum de 42 % dans le quintile le plus pauvre).

Tableau 8,1 Possession de moustiquaires

Pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire et pourcentage de ceux qui en possèdent plus d'une (imprégnée ou non); pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage de ceux qui en possèdent plus d'une; pourcentage possédant une moustiquaire d'usine Imprégnée d'Insecticide à longue durée d'action (MIILDA) et pourcentage en possédant plus d'une; et nombre moyen de moustiquaires par ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

	N'importe quel type de moustiquaire			Moustiquaire qui a été imprégnée[1]			Moustiquaire d'usine Imprégnée d'Insecticide à longue durée d'action (MIILDA)[2]			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de moustiquaires imprégnées par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de MIILDA par ménage	Effectif de ménages
Milieu de résidence										
Urbain	68,5	37,6	1,3	67,1	36,1	1,2	65,3	33,8	1,2	1 148
Rural	57,4	24,5	0,9	55,4	23,0	0,9	53,8	21,9	0,8	6 229
Province										
Ville de Kigali	70,6	38,5	1,3	67,6	36,8	1,3	66,8	33,6	1,2	638
Sud	61,1	27,3	1,0	59,2	25,6	0,9	57,1	24,4	0,9	1 880
Ouest	50,5	20,2	0,8	49,2	19,5	0,8	48,5	19,2	0,7	1 890
Nord	52,7	20,7	0,8	50,6	19,1	0,8	49,0	18,3	0,7	1 315
Est	67,3	33,1	1,1	65,3	31,1	1,1	62,9	28,6	1,0	1 654
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	41,9	12,6	0,6	40,4	11,5	0,5	39,2	11,1	0,5	1 215
Second	54,2	20,8	0,8	52,3	19,7	0,8	51,2	18,7	0,7	2 043
Moyen	60,2	26,0	0,9	58,7	24,5	0,9	56,9	23,5	0,9	1 410
Quatrième	68,0	30,1	1,1	66,0	29,2	1,0	64,7	28,1	1,0	1 310
Le plus riche	71,8	44,3	1,4	69,2	41,4	1,4	66,3	38,1	1,3	1 400
Ensemble	59,1	26,6	1,0	57,2	25,1	0,9	55,6	23,7	0,9	7 377

[1] Une moustiquaire qui a été imprégnée est une moustiquaire, initialement traitée ou non, qui a été imprégnée d'insecticide par la suite.
[2] Au Rwanda, parmi les MIILDA, on peu citer Tuzanet et Mamanet

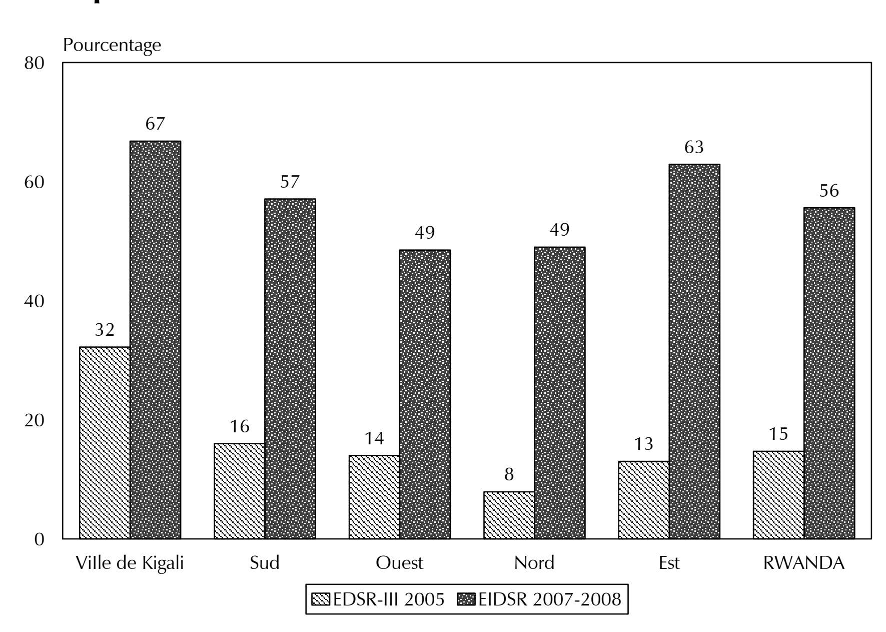
On note cependant, que la majorité des ménages ne disposent que d'une seule moustiquaire (seulement 27 % en ont deux ou plus). C'est surtout dans la Ville de Kigali (39 %) et, dans une moindre mesure, dans la province Est (33 %), que l'on note les proportions les plus élevées de ménages possédant plus d'une moustiquaire. En moyenne, un ménage dispose d'une moustiquaire (contre seulement 0,3 à l'EDSR-III 2005).

La possession de moustiquaires qui ont déjà été imprégnées est relativement élevée (57 % pour l'ensemble du pays, contre 18 % d'après les résultats de l'EDSR-III 2005). Ici également, le pourcentage le plus faible de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée est observé dans la province de l'Ouest (49 %). On constate que dans les ménages les plus riches, la proportion de ceux qui possèdent une moustiquaire déjà traitée est de 69 % contre seulement 40 % dans les ménages les plus pauvres. On peut aussi constater que la proportion de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire déjà imprégnée à un moment quelconque est plus élevée en zones urbaines qu'en zones rurales (67 % contre 55 %).

Par ailleurs, le pourcentage de ménages possédant, au moins, une MIILDA est pratiquement le même que celui de ménages possédant, au moins, une moustiquaire déjà imprégnée (56 % contre 57 %). Il est donc clair que pratiquement la quasi-totalité des moustiquaires possédées par les ménages rwandais sont des MIILDA. Les résultats de l'EDSR-III avaient montré que seulement 15 % des ménages possédaient une MII.

La proportion de ménages possédant une MIILDA atteint 65 % parmi les ménages urbains et 66 % parmi ceux du quintile le plus riche contre 54 % dans les zones rurales et 39 % parmi les ménages du quintile le plus pauvre. Par province, c'est la ville de Kigali qui vient en tête (67 %), suivie de la province de l'Est (63 %) ; à l'opposé, c'est dans les provinces Nord et Ouest que l'on constate les proportions les plus faibles (49 % dans chaque cas) (graphique 8.1). Ce même graphique présente également les résultats par province selon l'EDSR-III.

Graphique 8.1 Possession de moustiquaires MIILDA par province selon l'EDSR-III 2005 et l'EIDSR 2007-2008



Le tableau 8.2 présente les résultats concernant le moment et le lieu d'acquisition de la moustiquaire. Les résultats sont présentés en fonction de la marque et du type de moustiquaire. En ce qui concerne les moustiquaires permanentes, on constate que celles de la marque Mamanet ont été obtenues dans plus d'un tiers des cas au cours de campagnes de vaccinations (36 %). En outre, 28 % ont été distribuées au cours de visites prénatales. De même, les moustiquaires de la marque Tuzanet ont été obtenues dans plus d'un quart des cas, au cours de campagnes de vaccinations et 17 % d'entre elles proviennent d'un magasin. Concernant les moustiquaires imprégnées Origine, on constate qu'elles proviennent dans 24 % des cas d'un magasin et dans 17 % des cas d'une campagne de vaccination. Ces résultats mettent en évidence le rôle important que jouent, au Rwanda, les campagnes de vaccinations dans la distribution de moustiquaires à la population.

Tableau 8.2 Acquisition de la moustiquaire						
Répartition (en %) des moustiquaires observées et obtenues dans les six derniers mois en fonction du moment ou du lieu d'acquisition de la moustiquaire, selon le type de moustiquaire, Rwanda 2007-2008						
	Permanent		Imprégnée			
Lieu d'acquisition	Tuzanet	Mamanet	Origine	Autre	NSP/ pas sure	Total
Campagne de vaccination	25,5	31,6	16,7	*	19,8	27,6
Campagne de vaccination spéciale 2006	2,1	4,0	0,0	*	0,0	2,8
Visites prénatales	10,6	27,7	6,8	*	8,0	17,9
Magasin	17,3	6,4	23,6	*	10,1	12,5
Volontaire au programme PNLP	5,9	6,3	2,4	*	23,4	6,4
Autre	28,6	15,0	16,7	*	12,6	21,5
NSP/Manquant	9,9	9,1	33,7	*	26,2	11,3
Total	100,0	100,0	100,0	*	100,0	100,0
Effectif de moustiquaires	613	587	69	5	36	1 310

* Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

8.1.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Une des stratégies majeures de lutte contre le paludisme est la protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides. Aux ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous la moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, ainsi que pour deux groupes de population particulièrement vulnérables : les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (tableaux 8.3 et 8.4). Le tableau 8.3 présente la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. On constate que dans l'ensemble, six enfants de moins de cinq ans sur dix ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Selon l'EDSR-IIII de 2005, cette proportion était seulement de 16 %.

Les résultats selon l'âge font apparaître que les enfants les plus âgés ont moins tendance à dormir sous une moustiquaire que les plus jeunes : de 68 % environ à 12-23 mois, la proportion tombe à 50 % à 48-59 mois. On relève un très léger écart en faveur des garçons ; mais les enfants du milieu urbain sont plus favorisés que ceux du milieu rural (66 % contre 59 %). Les différences entre les provinces ne sont pas non plus très importantes : viennent en tête la Ville de Kigali et la province Est (respectivement 65 % et 62 %). À l'opposé, la province Nord (57 %) détient la proportion la plus faible. Les résultats selon le niveau de vie du ménage montrent que les proportions d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire sont plus élevées dans le quintile le plus riche que dans le plus pauvre (68 % contre 49 %).

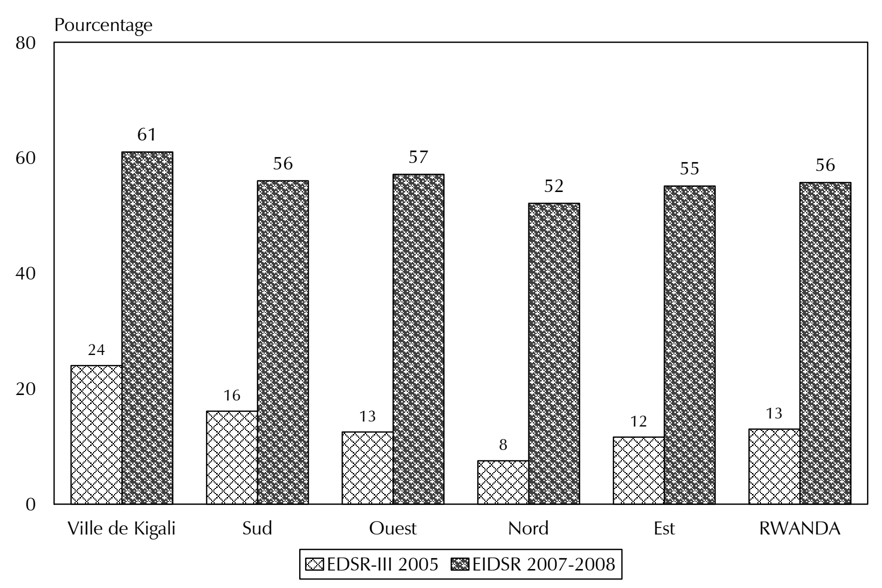
Les proportions d'enfants de moins de cinq ayant dormi sous une moustiquaire déjà traitée à un moment quelconque ou une MIILDA (respectivement 58 % et 56 %) sont légèrement plus faibles que la proportion d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire quelconque (60 %). Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques des niveaux l'utilisation de ces deux types de moustiquaires sont les mêmes que celles observées au niveau de l'utilisation des moustiquaires imprégnées ou non. À titre d'exemple, on note que c'est dans la ville de Kigali que l'utilisation de ces moustiquaires a été la plus élevée (61 %) et que c'est dans la province du Nord qu'elle a été la plus faible (52 %). Le graphique 8.2 présente les pourcentages d'utilisation des moustiquaires MIILDA par les enfants de moins de cinq ans par province selon l'EDSR-III et l'EIDSR.

Tableau 8.3 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage ayant dormi sous une MIILDA, la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire déjà imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MIILDA la nuit précédant l'enquête	Effectif d'enfants
Âge en mois				
< 12	64,7	63,1	62,1	1 033
12-23	67,6	65,1	61,9	1 232
24-35	60,8	57,8	55,2	981
36-47	56,8	54,2	51,6	1 130
48-59	50,0	48,8	47,0	1 037
Sexe				
Masculin	61,1	59,0	56,8	2 706
Féminin	59,3	57,0	54,7	2 708
Milieu de résidence				
Urbain	65,6	64,1	61,6	774
Rural	59,3	57,0	54,7	4,640
Province				
Ville de Kigali	64,6	62,3	61,0	407
Sud	61,3	58,7	56,0	1 386
Ouest	58,6	57,4	57,1	1 350
Nord	56,7	54,7	52,1	952
Est	61,9	59,0	55,1	1 319
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	49,1	46,9	44,6	796
Second	56,8	54,7	53,0	1 566
Moyen	61,1	59,1	57,0	1 068
Quatrième	65,7	63,7	61,6	1 054
Le plus riche	68,1	65,3	61,8	930
Ensemble	60,2	58,0	55,7	5 414

Graphique 8.2 Utilisation des moustiquaires MIILDA par les enfants de moins de cinq ans par province selon l'EDSR-III 2005 et l'EIDSR 2007-2008



8.1.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes

Le tableau 8.4 présente les mêmes résultats pour l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans et pour les femmes enceintes en fonction de chaque type de moustiquaire utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Globalement, 49 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Cette proportion est légèrement plus faible en milieu rural (48 %) qu'en milieu urbain (54 %) et c'est chez les femmes les plus instruites (55 %), chez celles de la ville de Kigali (56 %) et chez les femmes appartenant aux ménages les plus aisés (57 %) que cette proportion est la plus élevée.

Tableau 8.4 Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

Pourcentage de toutes les femmes et des femmes enceintes de 15-49 ans, qui ont dormi sous une moustiquaire, (imprégnée ou non) pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage qui ont dormi sous une MIILDA la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

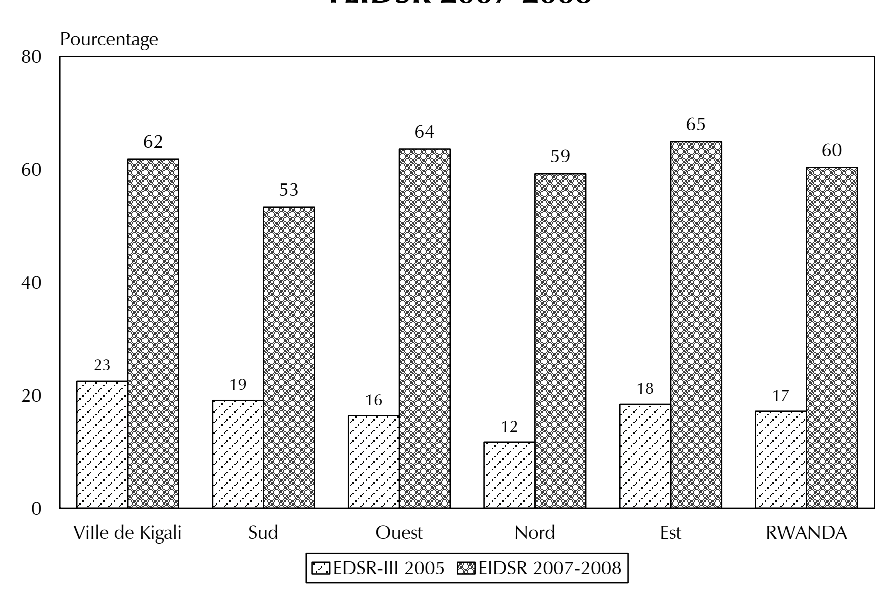
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-49 ans				Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans			
	Ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MIILDA la nuit précédant l'enquête	Effectif de femmes	Ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MIILDA la nuit précédant l'enquête	Effectif de femmes enceintes
Milieu de résidence								
Urbain	54.2	52.4	49.5	1,245	68.3	67.6	63.1	93
Rural	48.1	46.1	44.3	6,124	64.1	61.5	59.9	580
Province								
Ville de Kigali	55,6	52,9	49,8	690	66,5	64,1	61,8	68
Sud	47,8	46,2	44,2	1 959	58,1	55,8	53,3	172
Ouest	45,3	44,2	43,8	1 756	67,4	64,4	63,6	161
Nord	45,7	43,4	41,5	1 282	64,1	61,5	59,2	113
Est	54,6	51,7	48,5	1 681	68,7	67,0	64,9	159
Niveau d'instruction								
Aucun	48,7	47,5	46,5	1 518	59,2	55,9	54,9	165
Primaire	48,4	46,4	44,4	5 149	66,2	63,9	61,7	451
Secondaire/supérieur	54,9	51,3	47,4	674	68,3	67,3	64,3	55
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	37,1	35,8	34,4	1 107	50,1	47,4	47,4	90
Second	45,5	43,6	42,5	1 994	65,9	64,7	62,3	197
Moyen	49,7	48,0	46,2	1 374	67,3	62,5	60,6	137
Quatrième	55,0	53,2	51,4	1 330	66,3	65,3	63,1	135
Le plus riche	56,9	53,6	50,0	1 565	68,9	66,2	63,5	114
Ensemble	49,1	47,1	45,2	7 370	64,7	62,3	60,3	673

En outre, la proportion de femmes ayant dormi sous une moustiquaire déjà imprégnée est de 47 %, contre 45 % pour celles qui ont dormi sous une moustiquaire de type MIILDA.

Les proportions concernant les femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire quel que soit le type sont largement supérieures à celles concernant l'ensemble des femmes. Ceci montre l'intérêt particulier qui est accordé aux femmes enceintes concernant leur protection contre le paludisme. À l'EDSR-III 2005, la proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire MIILDA était seulement de 17 %.

Par rapport à 2005, la proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire MIILDA est passée de 17 % à 60 %.

Graphique 8.3 Utilisation des moustiquaires MIILDA par les femmes enceintes par province selon l'EDSR-III 2005 et l'EIDSR 2007-2008



8.1.4 Traitement présomptif intermittent au cours de la grossesse

Depuis fin 2005, le Rwanda a adopté le traitement préventif intermittent comme l'une des stratégies de prévention du paludisme au cours de la grossesse. Cependant, basé sur des évidences de la résistance de la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP), de la diminution de la transmission du paludisme ainsi que de la prévalence élevée des gènes de mutations pour la résistance à la SP (*Dhfr*, *Dhps*), le Rwanda a suspendu l'approvisionnement de ce médicament au cours des consultations prénatales au début de l'année 2008.

Le tableau 8.5 montre que 55 % des femmes enceintes ont pris des antipaludiques à titre préventif au cours de la dernière grossesse survenue au cours des deux dernières années ayant précédé l'enquête. Les écarts entre les provinces ne sont pas très importants. Le pourcentage de femmes ayant pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse atteint 57 % dans la province de l'Est, et la ville de Kigali est la zone la moins couverte avec 52 %. Les différences entre les villes et les campagnes sont pratiquement inexistantes. Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de ces médicaments est, par ailleurs, plus élevé chez les femmes le plus instruites (63 %) que chez celles n'ayant pas été à l'école (49 %). Au niveau des quintiles de bien-être économique, les différences ne sont pas, non plus, très prononcées, sauf pour les quintiles quatre et cinq qui se distinguent des autres avec des proportions respectivement de 63 % et 59 %.

Les pourcentages de femmes ayant reçu de la SP/Fansidar sont aussi présentés au tableau 8.5. Plus de la moitié des femmes (53 %) ont reçu de la SP/Fansidar pendant leur dernière grossesse, près de 51 % des femmes ont reçu le traitement préventif intermittent (TPI) avec la SP/Fansidar pendant une visite prénatale de routine, et 17 % ont reçu les deux doses ou plus de TPI recommandées.

Tableau 8.5 Prise d'antipaludiques à titre préventif et Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes pendant leur grossesse

Pourcentages de femmes qui ont pris des antipaludiques à titre préventif, pourcentage qui ont pris de la SP/Fansidar et pourcentage qui ont reçu un traitement préventif intermittent pendant la grossesse de leur dernière naissance survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludéens	SP/Fansidar		Traitement Préventif Intermittent[1]		Effectif de femmes
		Pourcentage qui a pris de la SP/Fansidar	Pourcentage qui en a pris 2 doses ou +	Pourcentage qui a reçu de la SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale	Pourcentage qui en a reçu 2 doses ou + au cours d'une visite prénatale	
Milieu de résidence						
Urbain	56.2	52.9	21.5	49.1	20.1	319
Rural	55.2	53.0	17.1	51.7	16.7	1,948
Province						
Ville de Kigali	52.3	47.9	19.9	42.4	18.4	173
Sud	54.4	50.9	21.9	48.9	21.0	580
Ouest	55.8	55.0	18.4	53.5	17.9	581
Nord	55.4	53.6	9.3	52.2	9.3	374
Est	56.6	54.3	17.7	53.8	17.3	559
Niveau d'instruction						
Aucun	48.5	46.9	12.5	45.0	12.1	544
Primaire	56.8	54.4	19.7	52.9	19.1	1,541
Secondaire/supérieur	62.8	59.1	16.9	56.8	16.4	182
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	53.2	51.3	13.9	50.7	13.6	360
Second	51.5	49.8	12.9	48.2	12.2	625
Moyen	52.1	49.4	15.6	47.6	15.0	458
Quatrième	62.7	60.2	26.0	58.0	25.3	446
Le plus riche	58.7	55.7	22.3	53.9	21.9	379
Ensemble	55.3	53.0	17.7	51.3	17.2	2,267

[1] Un Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste à administrer au moins deux doses de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale

Les résultats montrent que les femmes urbaines, celles venant de la province du Sud, les femmes ayant le niveau primaire, et celles appartenant aux ménages les plus aisés sont celles qui ont reçu le plus fréquemment au moins deux doses de SP/Fansidar comme TPI au cours des soins prénatals (variant entre 19 et 25 %). Par contre, la province du Nord (9 %) se distingue par la proportion la plus faible.

Par rapport à 2005 (EDSR-III), on observe une nette amélioration au niveau de l'utilisation de la SP/Fansidar, la proportion étant passée de 31 % à 41 %. Ce gain est surtout le fait des zones rurales et des femmes instruites.

8.2 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Au cours de l'EIDSR, en plus des questions sur la disponibilité des moustiquaires et le traitement préventif antipaludéen chez les femmes enceintes, on a demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Dans l'affirmative, une série de questions sur le traitement de la fièvre ont été posées : ces questions portaient sur le recours à des médicaments antipaludéens, le type de traitement ainsi que la période à laquelle le traitement a été administré pour la première fois. Les résultats sont présentés au tableau 8.6.

Le tableau 8.6 montre que parmi les enfants de moins de cinq ans, plus d'un sur cinq (21 %) a eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les résultats selon l'âge mettent en évidence une prévalence de la fièvre plus élevée chez les enfants de 12-23 mois (26 %) que parmi ceux de 48 à 59 mois (15 %). Par contre, l'analyse par milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écart significatif (19 % en milieu rural contre 22 % en milieu urbain). Dans les provinces, on note que les provinces de l'Ouest et de l'Est (respectivement 24 % et 23 %) détiennent les prévalences les plus élevées ; c'est la ville de Kigali et la province du Nord qui se caractérisent par les niveaux les plus faibles (respectivement 18 % et 19 %). Par ailleurs, en fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être, on note que c'est parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction et celles appartenant aux ménages les plus pauvres que la prévalence de la fièvre est la plus élevée (respectivement 23 et 25 %). L'EDSR de 2005 donnait une prévalence de la fièvre au cours des deux semaines avant l'enquête de 26 %.

Tableau 8.6 Prévalence de la fièvre et traitement précoce

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage qui ont pris des antipaludéens et pourcentage qui les ont pris le jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de moins de cinq ans : Pourcentage avec la fièvre	Effectif d'enfants	Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre : Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludéens	Pourcentage ayant pris des Coartem	Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludéens le même jour ou le jour suivant	Effectif d'enfants
Âge (en mois)						
<12	23,4	1 028	5,5	4,6	0,0	240
12-23	25,5	1 226	7,2	6,4	0,4	313
24-35	23,1	959	6,3	5,0	0,4	222
36-47	18,8	1 066	2,2	2,2	0,0	201
48-59	15,4	963	6,4	5,3	0,3	149
Milieu de résidence						
Urbain	19,0	764	5,3	4,0	0,4	145
Rural	21,9	4 478	5,7	5,0	0,2	978
Province						
Ville de Kigali	17,7	400	3,6	1,6	0,7	71
Sud	20,6	1 340	3,9	3,3	0,5	276
Ouest	23,5	1 312	5,0	4,6	0,3	309
Nord	18,7	925	4,6	3,9	0,0	173
Est	23,4	1 263	9,0	7,9	0,0	296
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	22,7	1 321	7,0	6,2	0,0	300
Primaire	21,2	3 523	4,8	4,1	0,3	748
Secondaire/supérieur	19,2	397	9,1	7,3	0,7	76
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	24,7	778	7,0	5,7	0.7	192
Second	21,0	1 501	4,1	3,8	0.0	316
Moyen	21,9	1 040	1,1	0,9	0.0	228
Quatrième	22,5	1 016	8,9	8,3	0.0	229
Le plus riche	17,6	907	9,0	6,7	0.9	160
Ensemble	21,4	5 241	5,6	4,9	0,2	1 124

En ce qui concerne le traitement, les résultats montrent que, parmi l'ensemble des enfants ayant eu de la fièvre, seulement moins de 6 % ont été traités avec des antipaludiques et la grande majorité de ces enfants traités (5 %) ont pris des Coartem. Par ailleurs, une très faible proportion a commencé le traitement de manière précoce, c'est-à-dire, soit le jour où la fièvre est apparue, soit le jour suivant (0,2 %). Cela signifie qu'au Rwanda, l'occurrence da la fièvre chez ces enfants ne pourrait pas être probablement due au paludisme comme le montre les résultats de la prévalence de la parasitémie ou moins probablement que la fièvre n'a pas été soignée de manière efficace.

8.3 TEST DE DIAGNOSTIC DU PALUDISME

Au cours de l'EIDSR, un test de détection du paludisme a été inclus dans l'EIDSR 2007-2008. Le test a été effectué par des techniciens laborantins recrutés par le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP), et réalisé dans le même groupe de femmes et d'enfants ayant effectué le test d'anémie. Pour chaque enquêté, en plus du test rapide, une lame de frottis de sang a été préparée, transmise et stockée au laboratoire du PNILP pour un examen au microscope des parasites du paludisme.

Pour le diagnostic du paludisme sur le terrain, on a utilisé le test de diagnostic individuel rapide *OptiMAL-IT*™. La méthode du test est décrite ci-dessous :

1) Tout d'abord, on a décapuchonné l'ampoule de tampon (fournie avec le kit de test), et on a déposé une goutte de tampon dans le premier puits (puits de réaction, désigné par une ligne rouge) et 4 gouttes dans le deuxième puits (puits-lavage). On a attendu une minute.

2) On a ensuite prélevé une goutte de sang provenant du même prélèvement sanguin que pour le test de l'anémie. Le sang a été recueilli à l'aide de la micropipette fournie avec le kit à usage unique. Le volume total de sang prélevé avec la micropipette a été transféré dans le premier puits de réaction tout en remuant légèrement. Un temps de repos d'une minute a été observé, puis on a jeté la pipette dans une poubelle spéciale.

3) On a placé le support de bandelette ou dipstick (avec l'étiquette) dans le premier puits de réaction. Il a fallu attendre 10 minutes au bout desquelles il y a eu migration de la totalité du mélange de sang et du réactif du puits le long de la partie réactive de la bandelette.

4) La bandelette a été ensuite placée dans le puits de lavage pendant 10 minutes.

5) La bandelette a été ensuite sortie du puits de lavage et replacée dans le support en plastique. On a fermé deux puits avec le couvercle en plastique. Les pose pieds ont été cassés et jetés dans la poubelle. La réaction a été lue et le résultat enregistré. La bandelette testée doit être conservée en cas de besoin.

Dans le cas de cette enquête, les résultats du test de diagnostic du paludisme, comme ceux du test d'anémie, ont été enregistrés dans le questionnaire ménage, ce qui a permis de les lier aux caractéristiques des enquêtés.

Toutefois, les résultats de l'examen microscopique sont ceux qui sont présentés dans la suite de ce chapitre. Pour ce qui est des résultats du diagnostic rapide du paludisme, ils ont été utilisés pour le traitement des enquêtés (enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes) qui avaient testé positifs.

Le tableau 8.7 montre qu'au niveau national, 2,6 % des enfants de 6-59 mois sont infectés avec au moins une forme des parasites du paludisme. Globalement, on constate que la proportion d'enfants avec paludisme est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (2,7 % contre 1,9 %). En outre, les résultats montrent que les enfants de la province Est (5,3 %) sont plus atteints de paludisme que ceux des autres provinces et de la ville de Kigali.

Les femmes sont moins infectées par le paludisme que les enfants. Au niveau national, seulement 1,4 % sont impaludées. Par milieu de résidence, les rurales sont plus touchées que celles du milieu urbain (1,5 % contre 1,1 %). Concernant les provinces, on constate que les femmes de la province de l'Est sont plus touchées par le paludisme (2,9 %) que celles des autres provinces et de la ville de Kigali. On constate, par ailleurs, que les femmes non enceintes sont plus atteintes par le paludisme que celles qui sont enceintes (1,4 % contre 0,9 %).

Tableau 8.7 Prévalence du paludisme chez les femmes et chez les enfants

Parmi les enfants de 6-59 mois et les femmes de 15-49 ans, pourcentage pour lesquels le résultats au test de laboratoire du paludisme a été positif, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique	Résultat du test laboratoire		Total	Effectif
	Positif	Négatif		
ENFANT				
Milieu de résidence				
Urbain	1,9	98,1	100,0	640
Rural	2,7	97,3	100,0	4 021
Province				
Ville de Kigali	1,9	98,1	100,0	323
Sud	3,0	97,0	100,0	1 225
Ouest	0,6	99,4	100,0	1 181
Nord	1,2	98,8	100,0	813
Est	5,3	94,7	100,0	1 121
Ensemble	2,6	97,4	100,0	4 662
FEMME				
Milieu de résidence				
Urbain	1,1	98,9	100,0	1 134
Rural	1,5	98,5	100,0	5 634
Province				
Ville de Kigali	1,2	98,8	100,0	570
Sud	1,0	99,0	100,0	1 763
Ouest	0,5	99,5	100,0	1 687
Nord	1,3	98,7	100,0	1 165
Est	2,9	97,1	100,0	1 583
Actuellement enceinte				
Enceinte	0,9	99,1	100,0	642
Pas enceinte/pas sure	1,4	98,6	100,0	6 126
Ensemble	1,4	98,6	100,0	6 768

8.4 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE

L'anémie est la forme de carence en micronutriments la plus répandue dans le monde et elle affecte plus de 3,5 milliards d'individus dans les pays en développement (ACC/SCN, 2000). L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Elle est principalement due à une carence en fer qui est un élément essentiel à la constitution de globules rouges du sang. La carence en fer est à l'origine de nombreux troubles, particulièrement chez les enfants et chez les femmes. Chez les enfants, elle accroît les risques de retard de développement moteur et de la coordination, elle peut être source de difficultés scolaires et causer une diminution de l'activité physique. Chez les femmes, l'anémie peut entraîner la diminution de la résistance, la fatigue, et particulièrement pour la femme enceinte, l'augmentation du risque de mortalité et morbidité maternelle et fœtale ainsi que le risque d'avoir un enfant de faible poids à la naissance.

Au cours de la collecte des données, on a procédé chez les femmes et chez les enfants de tout l'échantillon des ménages au prélèvement du sang capillaire pour le dosage de l'hémoglobine. Le prélèvement était réalisé de la manière suivante : a) du sang capillaire a été prélevé au moyen d'une piqûre au doigt à l'aide d'une petite lame rétractable (Tenderlette) ; b) on a laissé tomber une goutte de sang dans une microcuvette que l'on a ensuite introduit dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), et qui en moins d'une minute a donné la valeur du taux d'hémoglobine en grammes par décilitre de sang (g/dl) ; c) cette valeur était enfin enregistrée dans le questionnaire.

L'anémie peut être classée en trois niveaux selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang; cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (DeMaeyer, 1989). Ainsi, pour les enfants de plus de cinq ans, les femmes non enceintes, l'anémie est considérée comme sévère si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 g/dl, elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de légère si la mesure se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang. On assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1998). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. Au Rwanda, comme une frange de la population vit dans des provinces de hautes altitudes, il s'est avéré nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs d'hémoglobine en fonction de l'altitude.

8.4.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau 8.8 indique qu'au Rwanda moins d'un enfant de 6-59 mois sur deux (48 %) est atteint d'anémie : 21 % sous une forme légère, 18 % sous une forme modérée et 8 % sous une forme sévère. En 2005, le taux de prévalence de l'anémie parmi les enfants de moins de cinq ans était de 56 % : 20 % étaient atteints d'anémie légère, 27 % souffraient d'anémie modérée et 9 % étaient sévèrement anémiques.

On constate que plus des trois quarts des enfants de 6-8 mois sont anémiés (78 %). La prévalence baisse avec l'âge de l'enfant : elle est seulement de 34 % à 48-59 mois. On ne constate pas d'écart selon le sexe de l'enfant, ni selon le milieu de résidence, bien que les proportions d'enfants modérément ou sévèrement anémiques soient légèrement plus élevées en urbain qu'en rural (respectivement 19 % et 9 % contre 18 % et 8 %). Par contre, les résultats mettent en évidence des écarts dans les provinces : c'est dans la Ville de Kigali que la proportion d'enfants anémiques est la plus élevée (56 %) ; à l'opposé, c'est dans la province Sud que cette proportion est la plus faible (41 %). Ces données confirment celles de l'EDSR-III de 2005. De plus, dans la Ville de Kigali, 20 % des enfants sont sévèrement anémiques. Dans la province Nord, cette proportion est également élevée (19 %). En 2005, la prévalence à Kigali était de 25 % et dans le Nord de 14 %.

La prévalence varie légèrement selon le niveau d'instruction de la mère : elle est plus faible chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (46 %) comparé à ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (48 %) ou à ceux dont elle n'a aucun niveau d'instruction (50 %). Par contre, c'est parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée (9 %).

La majorité des enfants anémiques le sont sous la forme légère, et ils présentent pratiquement les mêmes caractéristiques que l'ensemble des enfants anémiques. Paradoxalement, on observe que les enfants de la Ville de Kigali (20 %) et de la province Nord (19 %), ceux du milieu urbain (9 %), ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (9 %) et ceux vivant dans un ménage classé dans les deux quintiles les plus riches (10 % dans chaque) sont les plus affectés par l'anémie sous sa forme sévère.

Tableau 8.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme anémiques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	Ensemble anémique	Effectif d'enfants
Âge en mois					
6-8	28,7	38,4	10,6	77,7	260
9-11	25,9	36,0	8,7	70,6	254
12-17	28,1	24,1	9,0	61,2	591
18-23	24,3	18,9	9,1	52,3	608
24-35	20,1	16,3	7,6	44,1	953
36-47	19,5	11,4	9,1	40,0	1 084
48-59	16,0	11,6	6,7	34,3	1 001
Sexe					
Masculin	21,1	18,6	8,1	47,8	2 373
Féminin	21,7	16,9	8,6	47,2	2 379
Milieu de résidence					
Urbain	20,0	18,6	9,3	47,9	666
Rural	21,6	17,6	8,2	47,4	4 086
Province					
Ville de Kigali	15,7	20,6	19,7	56,0	340
Sud	23,0	17,1	0,6	40,7	1 243
Ouest	24,8	16,8	4,8	46,4	1 191
Nord	19,2	13,3	18,6	51,1	835
Est	19,5	21,8	9,6	50,9	1 143
Niveau d'instruction de la mère[1]					
Aucun	20,3	21,0	8,2	49,5	1 124
Primaire	22,7	16,9	8,4	48,0	2 913
Secondaire/supérieur	17,3	19,4	9,4	46,1	324
ND	18,6	13,3	7,8	39,7	391
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	20,7	21,0	5,3	47,0	693
Second	22,2	16,4	8,2	46,8	1 373
Moyen	23,4	18,2	7,4	49,0	949
Quatrième	20,8	17,1	10,6	48,5	928
Le plus riche	19,1	17,5	9,6	46,2	809
Ensemble	21,4	17,7	8,3	47,5	4 752

Note : Le tableau est basé sur les femmes et les enfants qui ont dormi la nuit précédant l'enquête dans le ménage. La prévalence a été ajustée en fonction de l'altitude (pour les femmes et pour les enfants) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les enfants dont le taux d'hémoglobine est <7,0 g/dl ont une anémie sévère, Les enfants dont le taux d'hémoglobine est compris entre 7,0-9,9 g/dl ont une anémie modérée et ceux dont le taux d'hémoglobine est compris entre 10,0-10,9 g/dl ont une anémie légère.
[1] Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations sont tirées du questionnaire ménage.

8.4.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 8.9 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus du quart des femmes (27 %) sont atteintes d'anémie : 15 % sous une forme légère, 8 % sous une forme modérée et moins de 4 % sous une forme sévère. À l'EDSR-III de 2005, la prévalence de l'anémie était de 33 %. On ne constate pas de grandes différences dans la prévalence de l'anémie selon l'âge de la femme ou le nombre d'enfants nés vivants. L'allaitement ou le fait que la femme soit enceinte ne semble pas augmenter le risque d'anémie.

La prévalence de l'anémie varie sensiblement selon la province de résidence. Comme pour les enfants, c'est dans la Ville de Kigali (40 %) que la prévalence de l'anémie est la plus élevée. On observe également un niveau élevé dans les provinces de l'Est (32 %) et du Nord (30 %), alors que dans le Sud, ce niveau est plus faible qu'ailleurs (19 %). Par milieu de résidence, on note que les femmes du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir d'anémie que celles du milieu rural (30 % contre 27 %).

Par ailleurs, la prévalence selon le niveau d'instruction varie légèrement, d'un maximum de 29 % parmi les femmes sans instruction à un minimum de 26 % parmi les femmes ayant un niveau primaire. En fonction du quintile, les écarts ne sont pas très importants, la proportion de femmes anémiques variant d'un minimum de 26 % à un maximum de 29 %.

Tableau 8.9 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine: Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	Ensemble anémique	Effectif de femmes
Groupe d'âges					
15-19	14,5	7,8	2,8	25,0	1 325
20-29	15,0	8,7	3,9	27,5	2 851
30-39	16,4	7,5	4,0	27,9	1 678
40-49	16,1	7,4	3,9	27,4	1 284
Nombre d'enfants déjà nés					
0	14,3	8,6	3,8	26,8	2 427
1	15,5	8,1	3,0	26,6	817
2-3	16,3	7,8	2,9	27,0	1 515
4-5	15,3	8,9	5,2	29,4	1 182
6+	16,7	6,1	3,4	26,2	1 196
État de la femme					
Enceinte	13,1	10,0	5,7	28,8	682
Allaite au sein	16,0	7,3	3,1	26,5	2 530
Ni l'un, ni l'autre	15,4	8,1	3,7	27,3	3 925
Milieu de résidence					
Urbain	15,1	12,1	3,0	30,2	1 201
Rural	15,5	7,2	3,8	26,5	5 936
Province					
Ville de Kigali	14,1	18,9	7,3	40,3	642
Sud	15,5	3,1	0,1	18,8	1 901
Ouest	16,9	5,5	2,5	24,8	1 727
Nord	12,1	8,9	9,1	30,1	1 228
Est	16,8	11,4	3,7	31,8	1 638
Niveau d'instruction					
Aucun	17,0	8,5	3,8	29,3	1 599
Primaire	15,5	7,4	3,4	26,3	4 730
Secondaire/supérieur	12,0	10,5	5,4	27,8	808
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	17,3	6,9	1,7	25,9	1 085
Second	15,8	7,5	4,4	27,7	1 931
Moyen	14,6	7,6	2,9	25,1	1 340
Quatrième	16,0	7,6	5,0	28,6	1 288
Le plus riche	13,8	10,3	3,8	27,9	1 492
Ensemble	15,4	8,0	3,7	27,1	7 137

Note : Le tableau est basé sur les femmes qui ont dormi la nuit précédant l'enquête dans le ménage. La prévalence a été ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes dont le taux d'hémoglobine est <7,0 g/dl ont une anémie sévère ; Les femmes dont le taux d'hémoglobine est compris entre 7,0-9,9 g/dl ont une anémie modérée ; les femmes enceintes dont le taux d'hémoglobine est compris entre 10,0 et 10,9 g/dl et les femmes non enceintes avec un taux compris entre 10,0 g/dl et 11,9 g/dl ont une anémie légère.

MORTALITÉ DES ENFANTS 9

Ce chapitre est consacré à l'examen des résultats concernant les niveaux, les tendances et les variations de la mortalité néonatale, post-néonatale ainsi que de la mortalité infantile et juvénile. Ces résultats statistiques sur la mortalité sont utiles aux décideurs politiques, aux responsables de programmes et aux chercheurs pour évaluer l'impact des politiques et des programmes dans le domaine de la santé ; ils contribuent également à identifier les groupes de populations qui courent les risques les plus élevés de mortalité. En outre, les estimations des niveaux de mortalité infantile et juvénile peuvent aussi être utilisées comme paramètres dans les projections de populations, en particulier, si le niveau de la mortalité adulte peut en être déduit avec une certaine confiance. Enfin, on considère généralement que les niveaux et tendances de la mortalité des enfants sont des indicateurs des conditions de vie de la population.

9.1 DÉFINITION, MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES

Les indicateurs de mortalité qui sont présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies auprès de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées au cours de l'EIDSR à l'aide du Questionnaire Femme. En effet, au cours de cette opération, l'enquêteur enregistre toutes les naissances vivantes de la femme, en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour le calcul direct des taux de mortalité infantile et juvénile, comme la méthode transversale, la méthode des générations et la méthode des générations fictives. Ce n'est pas l'objectif de ce chapitre de décrire les différences entre ces principales approches ; cependant, des explications techniques figurent dans le *Guide to DHS Statistics* (Rutstein and Rojas, 2003). Les enquêtes DHS utilisent la méthode des générations fictives qui permet de calculer les probabilités de décéder pour des intervalles d'âges courts et de combiner ensuite ces composants de probabilités pour tout intervalle d'âge qui présente un intérêt. L'avantage de cette méthode réside dans le fait que les taux de mortalité peuvent être calculés pour des périodes de temps proches de la date de l'enquête tout en respectant le principe de correspondance. Les données nécessaires pour ces calculs proviennent de la section concernant l'historique des naissances du Questionnaire Femme, y compris le mois et l'année de naissance de tous les enfants de la femme, leur sexe et leur état de survie ainsi que leur âge actuel au moment de l'enquête si l'enfant est en vie ou l'âge au décès si l'enfant est décédé.

À partir des informations recueillies dans l'historique des naissances, on calcule les indicateurs suivants :

Quotient de mortalité néonatale (NN) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact ;

Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : mesure, chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact ;

Quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire ;

Quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire ;

Quotient de mortalité infanto juvénile ($_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

Tous les indicateurs sont exprimés pour 1 000 naissances vivantes, sauf le quotient de mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants au premier anniversaire.

La qualité des estimations de mortalité calculées à partir de données provenant de l'historique des naissances dépend de la complétude des déclarations et de l'enregistrement des naissances et des décès. Le problème le plus grave qui peut entacher la qualité des données peut être causé par l'omission sélective des naissances d'enfants qui n'ont pas survécu, ce qui entraîne une sous-estimation des niveaux de mortalité. De plus, les déplacements différentiels de dates de naissances qui peuvent causer des distorsions des tendances de la mortalité et des sous-déclarations de l'âge au décès constituent également des problèmes inhérents à ce type de collecte de données. Généralement l'impact de ces omissions sélectives de décès affecte de manière plus grave les niveaux de mortalité précoce. Une sous-déclaration sélective de décès néonatals précoces a pour résultat un ratio anormalement faible de décès survenus entre 0 et 6 jours par rapport à l'ensemble des décès néonatals et un ratio anormalement faible de décès néonatals par rapport aux décès infantiles. On s'attend à ce que le ratio entre 0 et 6 jours par rapport à l'ensemble des décès néonatals soit d'environ 70 % (Sullivan et al., 1994). Les sous-déclarations de décès survenus à un stade précoce sont plus fréquemment observées pour les naissances qui se sont produites longtemps avant l'enquête ; il est donc utile d'examiner les ratios sur une longue période.

Un examen des ratios présentés en annexe C.5 et C.6 montre qu'un très faible nombre de décès précoces d'enfants a été omis à l'EIDSR 2007-2008. La proportion de décès néonatals précoces survenus dans la première semaine (70 %) est pratiquement similaire à celle enregistrée à l'EDSR-III de 2005 (71 %) et à l'EDSR-II de 2000 (72 %). En outre, la proportion est à peu près constante au cours des 20 années précédant l'enquête (entre 65 % et 72 %). La proportion de décès infantiles qui se sont produits au cours du premier mois est tout à fait plausible (49%) ; elle est très proche de la proportion enregistrée au cours de l'EDSR-III 2005 (47 %) et au cours de l'EDSR-II (43 %). Cette proportion est restée également stable au cours des 20 années ayant précédé l'enquête (entre 39 % et 46 %). Cet examen des données sur la mortalité ne met en évidence aucun sous-enregistrement sélectif ou aucun mauvais enregistrement de l'âge au décès qui pourrait compromettre de manière significative la qualité des données de l'EIDSR sur la mortalité des enfants.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le tableau 9.1 présente les quotients de mortalité des enfants pour les périodes quinquennales (0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans) avant l'enquête. Pour la période quinquennale la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), le taux de mortalité infantile est estimé à 62 décès pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile à 103 décès pour 1 000 naissances vivantes. En d'autres termes, cela signifie qu'au Rwanda, environ un enfant sur 16 décède avant son premier anniversaire et

Tableau 9.1 Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Rwanda 2007-2008

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4	28	34	62	43	103
5-9	36	59	95	86	173
10-14	39	56	95	92	178

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

qu'un sur dix décède avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Le taux de mortalité néonatale est estimé à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes pour la période quinquennale la plus récente ayant précédé l'enquête alors que la mortalité post-néonatale s'élève à 34 décès pour 1 000. Ces résultats montrent qu'environ 45 % des décès d'enfants de moins d'un an surviennent dans la période néonatale et qu'environ un quart des décès d'enfants de moins de cinq ans se produisent dans la période néonatale.

Le graphique 9.1 présente une comparaison des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile pour quatre périodes de cinq années ayant précédé l'EDSR-I de 1992, l'EDSR-II de 2000, l'EDSR-III de 2005, et l'EIDSR 2007-2008. Les résultats de cette enquête montrent que la tendance à la baisse de la mortalité, qui avait débuté avant les années 1990 et qui avait été interrompue à cause du génocide de 1994 s'est poursuivie depuis. En effet, le taux de mortalité infantile qui était estimé à 85 ‰ pour la période 1987-1991 avait augmenté et atteignait 107 ‰ pour la période 1995-1999. Cette augmentation consécutive à la période du génocide a été suivie d'une reprise de la baisse, la mortalité infantile retrouvant, autour de 2002, le niveau qui prévalait avant le génocide (86 ‰) pour atteindre 62 ‰ autour de 2005. Les taux de mortalité infanto-juvénile suivent la même tendance. Il semble donc qu'après les évènements tragiques qu'a connus le Rwanda en 1994 qui ont eu des répercussions négatives sur la mortalité au milieu et à la fin des années 1990, la situation se soit nettement améliorée au cours des dernières années.

Graphique 9.1 Tendances de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile

Décès pour 1 000 naissances

225
200
175
150
125
100
75
50
25
0

85
107
86
62
151
196
152
103

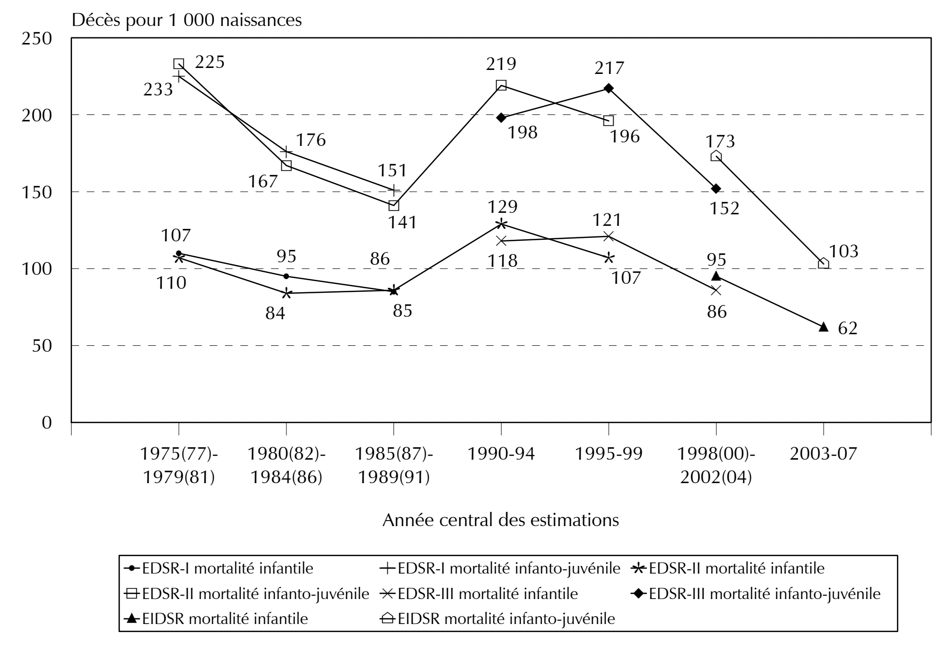
Mortalité infantile
Mortalité infanto-juvénile

EDSR-I EDSR-II EDSR-III EIDSR

Le graphique 9.2 présente de façon plus détaillée l'évolution des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile pour plusieurs périodes de cinq ans ayant précédé l'EDSR-I, l'EDSR-II, l'EDSR-III et l'EIDSR. Les taux de mortalité infanto-juvénile et, dans une moindre mesure les taux de mortalité infantile, ont diminué du milieu des années 1970 au milieu des années 1980. Dans les années 1990, on a assisté à une détérioration très marquée de la mortalité quand elle fluctuait à des niveaux égaux ou inférieurs à ceux de 1970. Cette détérioration correspond aux périodes d'instabilité du début des années 1970 et surtout à la période du génocide de 1994 qui a provoqué la désintégration complète de toute l'infrastructure sociale et économique. Il semble donc que le niveau de la mortalité des enfants ait diminué depuis le génocide et que cette baisse se soit accélérée dans la période récente.



Graphique 9.2 **Tendances de la mortalité infantile et infanto-juvénile selon différentes sources**



9.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 9.2 et le graphique 9.3 présentent les niveaux de mortalité selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Une période de dix ans est nécessaire pour disposer d'un effectif d'évènements statistiquement suffisants pour le calcul des probabilités dans chaque sous-groupe de population retenu (mi-1998 à mi-2008).

Les résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence des niveaux de mortalité plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain : le taux de mortalité infanto-juvénile du milieu rural est supérieur de 63 % à celui du milieu urbain (respectivement 142 ‰ et 87 ‰). Les résultats selon les provinces font également apparaître des écarts importants. C'est dans la province de l'Est que l'on constate les niveaux de mortalité les plus élevés : le taux de mortalité infantile s'élève à 84 ‰ et le taux de mortalité infanto-juvénile atteint 174 ‰. À l'opposé, c'est dans la Ville de Kigali qu'ils sont les plus faibles (respectivement, 60 ‰ et 102 ‰). Il est important de rappeler que les variations des taux de mortalité par province doivent être interprétées avec prudence à cause des erreurs de sondage relativement importantes, en particulier quand l'échantillon est stratifié par province ou par d'autres caractéristiques sociodémographiques (voir annexe B).

Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère montrent, comme dans pratiquement tous les pays, que le risque de décéder de l'enfant diminue avec le niveau d'instruction de la mère. On constate, en particulier, des écarts significatifs de niveau de mortalité entre les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus et ceux dont la mère a un niveau primaire ou aucune instruction. On peut voir au graphique 9.3 que c'est parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction que le taux de mortalité infanto-juvénile est le plus élevé (174 ‰) ; celui des enfants dont la mère a un niveau primaire s'élève à 127 ‰ et c'est parmi les enfants dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire qu'il est le plus faible (43 ‰). On observe la même tendance en ce qui concerne le taux de mortalité infantile.

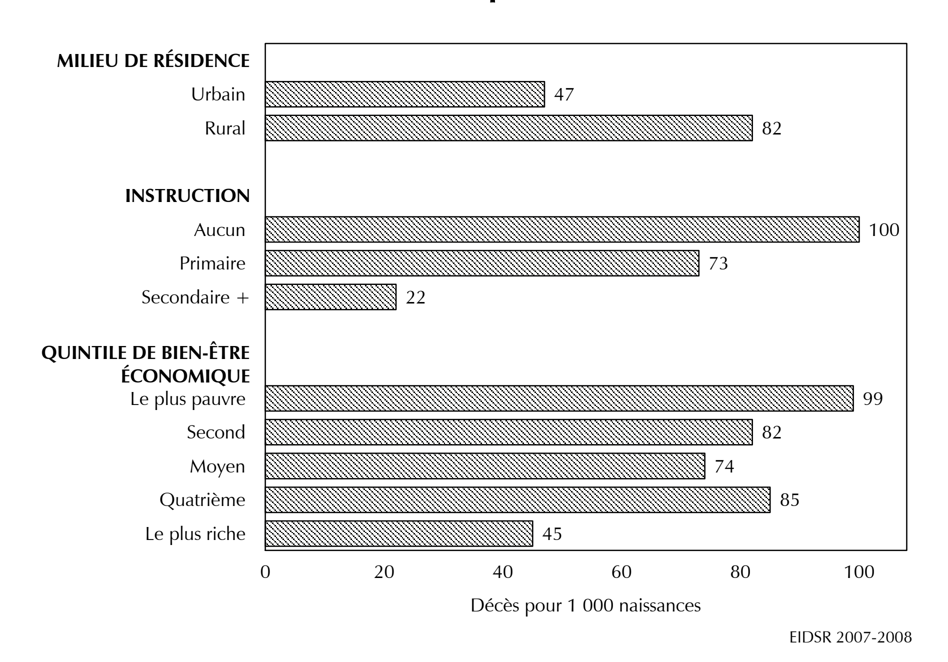
Tableau 9.2 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-économiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristique socio-économique	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	19	28	47	43	87
Rural	34	48	82	65	142
Province					
Ville de Kigali	28	33	60	44	102
Sud	32	46	79	53	127
Ouest	31	47	79	55	129
Nord	35	36	71	47	115
Est	30	54	84	98	174
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	42	58	100	83	174
Primaire	29	45	73	57	127
Secondaire/supérieur	16	6	22	21	43
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	40	59	99	69	161
Second	32	49	82	73	149
Moyen	34	40	74	62	132
Quatrième	32	54	85	60	141
Le plus riche	20	24	45	41	84

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Graphique 9.3 Mortalité infantile selon les caractéristiques de la mère



Les résultats selon les quintiles de bien-être font apparaître une tendance qui est généralement observée, à savoir que les risques de décéder des enfants vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre sont plus élevés que ceux des enfants vivant dans un ménage du quintile le plus riche. Cependant, dans les trois quintiles intermédiaires, la variation des taux est irrégulière. Ce résultat mériterait un examen plus approfondi.

Le tableau 9.3 présente les différents quotients de mortalité des enfants en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et des enfants. En fonction du sexe de l'enfant, on constate, comme dans la majorité des populations, que les enfants de sexe masculin présentent des niveaux de mortalité plus élevés que ceux des enfants de sexe féminin, cela quelque soit l'indicateur.

Tableau 9.3 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

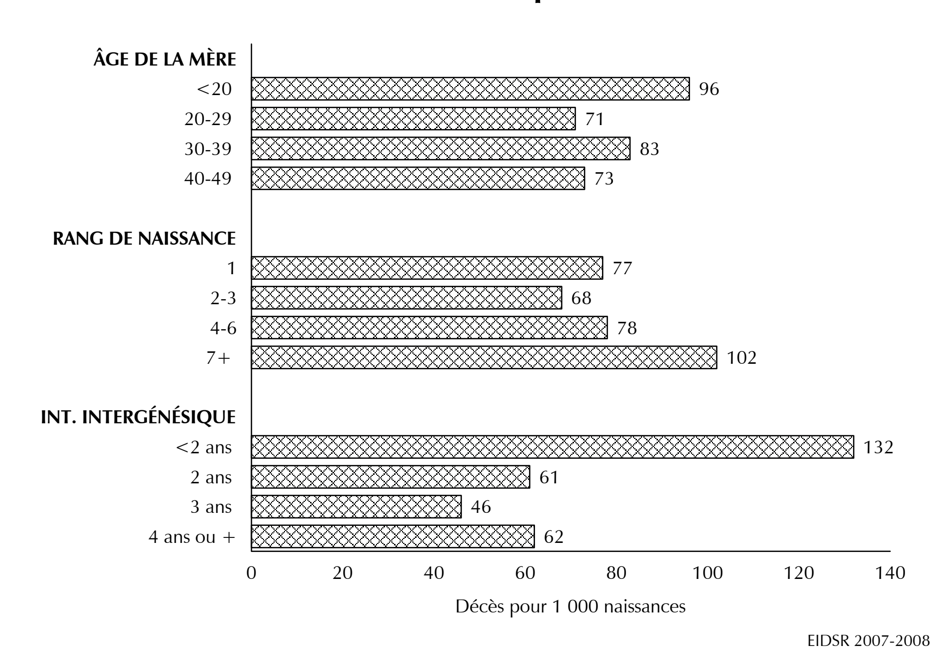
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, Rwanda 2007-2008

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	34	49	83	69	146
Féminin	29	42	71	55	123
Âge de la mère à la naissance					
<20	38	59	96	88	176
20-29	29	43	71	64	131
30-39	36	47	83	57	135
40-49	26	47	73	21	93
Rang de naissance					
1	32	44	77	73	144
2-3	28	40	68	62	125
4-6	31	46	78	57	130
7+	41	61	102	59	155
Intervalle avec la naissance précédente[2]					
<2 ans	56	76	132	90	210
2 ans	24	37	61	56	114
3 ans	15	31	46	46	90
4 ans ou +	28	35	62	34	95

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.
[2] Non compris les naissances de rang 1.

En ce qui concerne l'âge de la mère à la naissance, on constate que les risques de décéder les plus élevés concernent les enfants dont la mère avait moins de 20 ans à leur naissance (taux de mortalité infantile de 96 ‰) et ceux dont la mère avait entre 30-39 ans (83 ‰). Les risques de décéder avant le premier anniversaire sont plus faibles pour les enfants dont la mère était âgée à leur naissance de 20-29 ans (71 ‰) et de 40-49 ans (73 ‰) (graphique 9.4). On observe le même type de tendance pour la mortalité néonatale. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, on constate que cette tendance est un peu moins nette ; en effet, les enfants dont la mère à la naissance avait moins de 20 ans se caractérisent toujours par les risques de décéder les plus élevés (176 ‰) mais, par contre, ceux dont la mère avait entre 40 et 49 ans (93 ‰) à leur naissance ont de meilleures chances de survie que ceux dont la mère avait entre 20-29 ans (131 ‰) et 30-39 ans (135 ‰).

Graphique 9.4 Mortalité infantile et comportement en matière de procréation



En outre, les résultats montrent de manière très nette l'influence de la longueur de l'intervalle intergénésique sur les risques de décéder des enfants ; en effet, on constate que les intervalles courts réduisent considérablement les chances de survie des enfants. Plus l'intervalle entre naissances est important, plus le risque de mortalité diminue. Les enfants nés moins de deux ans après l'enfant précédent courent des risques de décéder significativement plus importants que ceux qui sont nés au moins deux ans après leur aîné. Les résultats montrent que le taux de mortalité infantile est estimé à 132 ‰ pour les enfants nés dans un intervalle inférieur à deux ans contre 46 ‰ pour ceux dont l'intervalle avec la naissance précédente est de 3 années.

9.4 COMPORTEMENTS PROCRÉATEURS À RISQUE

De nombreuses études ont mis en évidence la relation étroite entre les probabilités de décéder des enfants et certains comportements procréateurs. On a montré de manière évidente que le risque de décéder d'un enfant est beaucoup plus élevé si l'âge de la mère à la naissance est trop jeune ou trop âgé, si l'intervalle avec la naissance précédente est court ou si la mère a déjà une parité élevée. Les très jeunes femmes peuvent éprouver des difficultés au cours de la grossesse et lors de l'accouchement à cause de leur immaturité physiologique. De même, les femmes plus âgées peuvent aussi être confrontées à des grossesses et à des accouchements difficiles à cause de leur âge. Pour les besoins de l'analyse, une mère sera considérée comme *trop jeune* si elle a moins de 18 ans et *trop âgée* si elle a plus de 34 ans au moment de la naissance ; un *intervalle court* concerne les naissances qui surviennent moins de 24 mois après la naissance précédente et une naissance de rang élevé est une naissance qui survient après trois naissances ou plus (c'est-à-dire de rang quatre ou cinq). Les naissances de premier rang présentent un risque élevé de mortalité ; cependant, cette distinction n'est pas incluse dans les catégories à risque puisque ce sont des naissances qui ne sont pas évitables. Pour les intervalles entre naissances courts, seuls les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 24 mois sont inclus.

Le tableau 9.4 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories de hauts risques auxquelles elles correspondent :

- Les naissances de rang 1 qui présentent un risque élevé de mortalité mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeune mère (âgée de moins de 18 ans). On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mère de 18 ans ou plus ;
- Les naissances issues de mère appartenant à une seule catégorie de hauts risques : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénésique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 3) ;
- Les naissances correspondant à une combinaison de risques selon l'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénésique et le rang de naissance ;
- Et enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie de hauts risques définies ci-dessus.

Tableau 9.4 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par ratio de risques et selon les catégories à hauts risques de mortalité ; répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, Rwanda 2007-2008

Catégories à hauts risques	Naissances des 5 ans précédant l'enquête: Pourcentage de naissances	Naissances des 5 ans précédant l'enquête: Ratio de risques	Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
Dans aucune catégorie à hauts risques	24,8	1,00	17,3[a]
Catégorie à risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	19,9	1,32	5,5
Catégorie à haut risque unique			
Âge de la mère <18	1,4	1,93	0,1
Âge de la mère >34	1,6	0,70	2,6
Intervalle intergénésique <24 mois	8,0	1,46	11,0
Rang de naissance >3	19,9	1,04	16,6
Sous total	30,9	1,17	30,4
Catégorie à hauts risques multiples			
Âge <18 et intervalle intergénésique <24 mois[2]	0,1	*	0,0
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois	0,1	*	0,4
Âge >34 et intervalle intergénésique >3	15,4	0,92	28,5
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	3,0	2,74	6,8
Intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	5,9	1,77	11,0
Sous total	24,4	1,37	46,8
Dans une des catégories de hauts risques	55,3	1,26	77,2
Ensemble	100,0	na	100,0
Effectif de naissances/femmes	5 656	na	3 888

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés parmi les enfants appartenant à chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés parmi les enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
na = Non applicable
[1] Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant si l'enfant était conçu au moment de l'enquête : âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, ou la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois et la dernière naissance est de rang 4 ou plus.
[2] Y compris l'âge < 18 ans et le rang de naissance > 3.
[a] Y compris les femmes stérilisées.

On constate tout d'abord au tableau 9.4 que 25 % des naissances des cinq dernières années ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiés, 20 % sont à risques élevés parce qu'elles sont de rang 1, mais elles sont inévitables ; 31 % sont à hauts risques uniques et 24 % sont à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risques » ont été calculés, en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Le rapport de risques est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risques.

Les naissances à risques évitables, c'est-à-dire les naissances de rang 1 et de mère de 18-34 ans, ces naissances présentent un risque de décéder 1,32 fois plus élevé que celui de la catégorie de référence constituée par les enfants n'appartenant à aucun des risques considérés.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à hauts risques uniques (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque de décéder 1,17 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Il apparaît qu'un intervalle intergénésique court est un facteur de risques élevés puisqu'un enfant, né après son aîné dans un intervalle inférieur à moins de 24 mois, court un risque de décéder 1,46 fois plus important que la catégorie de référence. Il en est de même de la fécondité précoce, puisque les enfants nés de mères adolescentes courent un risque de décéder 1,93 fois plus important que les enfants de la catégorie de référence. Ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés puisque leur risque de décéder est 1,37 fois plus important que celui des enfants n'appartenant à aucune catégorie de risques. Les enfants dont la mère a plus de 34 ans, dont l'intervalle avec l'enfant précédent est inférieur à 24 mois et dont le rang de naissance est supérieur à 3 sont particulièrement exposés (risque de décéder 2,74 fois plus important que la catégorie de référence).

À partir de cette analyse du comportement procréateur à hauts risques, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît que seulement 17 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Dans l'ensemble, 77 % des femmes actuellement en union seraient susceptibles de donner naissance à un enfant qui appartiendrait à une des catégories de hauts risques, 30 % appartiendraient à une catégorie à haut risque unique et 47 % à une catégorie à hauts risques multiples.

CIRCONCISION 10

La circoncision, pratique consistant essentiellement en l'ablation du prépuce, est fondée avant tout sur des arguments religieux. Citée dans la Bible, la circoncision est pratiquée par les Juifs et les Musulmans ainsi que par certains groupes chrétiens. Dans le monde, environ un homme sur six est circoncis (Williams et Kapila, 1993). Aux arguments religieux et culturels, s'ajoutent des raisons d'hygiène et, tout récemment, des arguments médicaux selon lesquels la circoncision aurait un rôle protecteur contre l'infection à VIH ont été avancés. Au début de 2008, le Ministère de la Santé du Rwanda (MINISANTÉ) a déclaré son intention d'inclure la circoncision dans ses programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida. Selon MINISANTÉ, le programme de circoncision volontaire devrait commencer, au Rwanda, en août 2008.

Au cours de l'EIDSR, des données ont été collectées sur la prévalence de la circoncision parmi les hommes enquêtés, sur l'âge à la circoncision et sur le type de personnes qui a pratiqué l'intervention. En outre, on a demandé aux hommes circoncis la raison principale de la circoncision.

10.1 PRATIQUE DE LA CIRCONCISION CHEZ LES HOMMES ENQUÊTÉS

Au Rwanda, seulement 12 % des hommes de 15-59 ans ont été circoncis (tableau 10.1). Cette proportion varie cependant de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques des hommes. Les résultats selon l'âge montrent que la proportion d'hommes circoncis augmente des générations les plus anciennes aux plus récentes, passant de 6 % parmi ceux de 55-59 ans à 15 % parmi ceux de 25-29 ans (graphique 10.1). Sur le plan géographique, les écarts sont également importants : en urbain, la pratique de la circoncision est beaucoup plus fréquente qu'en rural (31 % contre 8 %). Dans les provinces, on constate que c'est à Kigali et dans la province Ouest que la proportion d'hommes circoncis est la plus élevée (respectivement 35 % et 18 %). Dans les autres provinces, la proportion ne dépasse pas 7 %. À ces disparités géographiques s'ajoutent des différences socio-économiques : en effet, la pratique de la circoncision est beaucoup plus fréquente parmi les hommes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (38 %) et parmi ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche (31 %). Enfin, les résultats selon la religion mettent en évidence une proportion très élevée d'hommes circoncis parmi les musulmans (82 %).

Aux hommes qui avaient déclaré avoir été circoncis, on a demandé qui avait pratiqué l'intervention. Environ sept hommes sur dix (70 %) ont déclaré avoir été circoncis par un professionnel de la santé et quelle que soit la caractéristique sociodémographique, cette proportion est élevée (graphique 10.2). C'est parmi les musulmans qu'elle est la plus faible (47 %). En milieu urbain (78 %), dans la ville de Kigali (74 %) et dans la province Sud (75 %), parmi les hommes les plus instruits (82 %) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile plus riche (77 %), au moins les trois-quarts ont eu recours à un professionnel de la santé pour effectuer l'intervention.

On a également demandé aux hommes qui avaient déclaré avoir été circoncis, leur âge au moment de cette intervention. Les résultats sont présentés au tableau 10.2. Dans un peu plus de deux cas sur cinq (44 %), la circoncision a eu lieu avant l'âge de 13 ans et, dans plus d'un tiers des cas (35 %), elle a eu lieu entre 13 et 19 ans. Cependant, pour un homme sur cinq (20 %), cette intervention a eu lieu relativement tard, à 20 ans ou plus tard. Enfin, on constate que dans 1 % des cas, les hommes n'ont pas pu donner une réponse, ce qui peut vouloir dire que pour ces hommes, l'intervention a été pratiquée très tôt dans la petite enfance et qu'ils ne s'en souviennent plus. Les proportions d'hommes circoncis selon l'âge varient de manière irrégulière et on ne constate aucune tendance, ni au rajeunissement ni au vieillissement, de l'âge auquel est pratiqué la circoncision dans les générations.

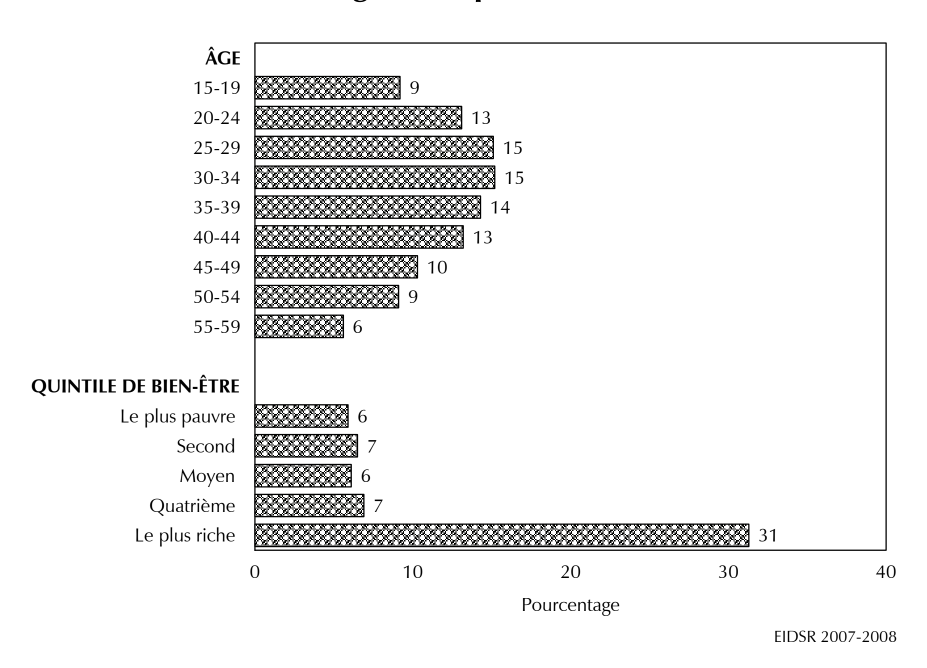
Tableau 10.1 Pratique de la circoncision

Proportion d'hommes circoncis et répartition (en %) des hommes circoncis par personne qui a procédé á la circoncision selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristiques sociodémographiques	Proportion d'hommes circoncis	Effectif d'hommes	Personne qui a procédé á la circoncision			Total	Effectif d'hommes circoncis
			Professionnel de la santé	Traditionnel initiation	Non déterminé/ NSP		
Groupe d'âges							
15-19	9,2	1 461	64,8	22,9	12,3	100,0	135
20-24	13,1	1 245	74,6	17,3	8,1	100,0	163
25-29	15,1	1 156	76,0	18,8	5,1	100,0	174
30-34	15,2	769	69,0	24,2	6,8	100,0	117
35-39	14,3	616	64,7	23,7	11,6	100,0	88
40-44	13,2	522	62,3	26,2	11,5	100,0	69
45-49	10,3	428	75,8	17,5	6,7	100,0	44
50-54	9,1	383	70,8	28,2	1,0	100,0	35
55-59	5,6	257	63,4	36,6	0,0	100,0	15
Milieu de résidence							
Urbain	31,3	1 248	77,5	16,0	6,6	100,0	391
Rural	8,0	5 589	63,9	26,7	9,5	100,0	448
Province							
Ville de Kigali	35,3	763	73,7	18,2	8,1	100,0	270
Sud	6,9	1 743	74,8	18,8	6,5	100,0	120
Ouest	17,7	1 688	67,7	25,7	6,5	100,0	299
Nord	4,6	1 149	65,2	17,1	17,6	100,0	53
Est	6,5	1 494	65,2	25,0	9,8	100,0	97
Niveau d'instruction							
Aucun	6,0	1 194	58,5	30,9	10,6	100,0	72
Primaire	8,2	4 625	60,1	31,2	8,8	100,0	381
Secondaire/supérieur	37,9	1 018	82,4	10,6	7,0	100,0	386
Religion							
Catholique	9,7	3 517	76,2	16,1	7,7	100,0	341
Protestant	11,4	2 205	71,0	18,7	10,4	100,0	253
Adventiste	12,0	754	81,1	13,4	5,5	100,0	91
Musulmane	82,4	164	47,3	45,8	6,9	100,0	135
Autre	12,4	76	68,3	30,7	1,0	100,0	10
Aucune/manquant	8,4	121	56,7	29,7	13,6	100,0	10
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	5,9	833	57,2	32,2	10,6	100,0	49
Second	6,5	1 737	60,8	29,8	9,5	100,0	113
Moyen	6,1	1 342	61,6	29,4	9,0	100,0	82
Quatrième	6,9	1 313	59,9	31,3	8,8	100,0	91
Le plus riche	31,3	1 612	76,9	15,8	7,3	100,0	504
Ensemble	12,3	6 837	70,2	21,7	8,1	100,0	839

Par contre, dans les sous-groupes où l'on a noté une prévalence élevée de la circoncision, c'est–à-dire, les musulmans, les hommes du milieu urbain, ceux ayant un niveau au moins secondaire et ceux des ménages les plus riches, on remarque que dans la moitié des cas, la circoncision a été effectuée avant l'âge de 13 ans. Chez les musulmans, cette proportion est un peu plus élevée et atteint 59 %.

Graphique 10.1 Proportion d'hommes circoncis selon âge et le quintile de bien-être



Graphique 10.2 Pratique de la circoncision

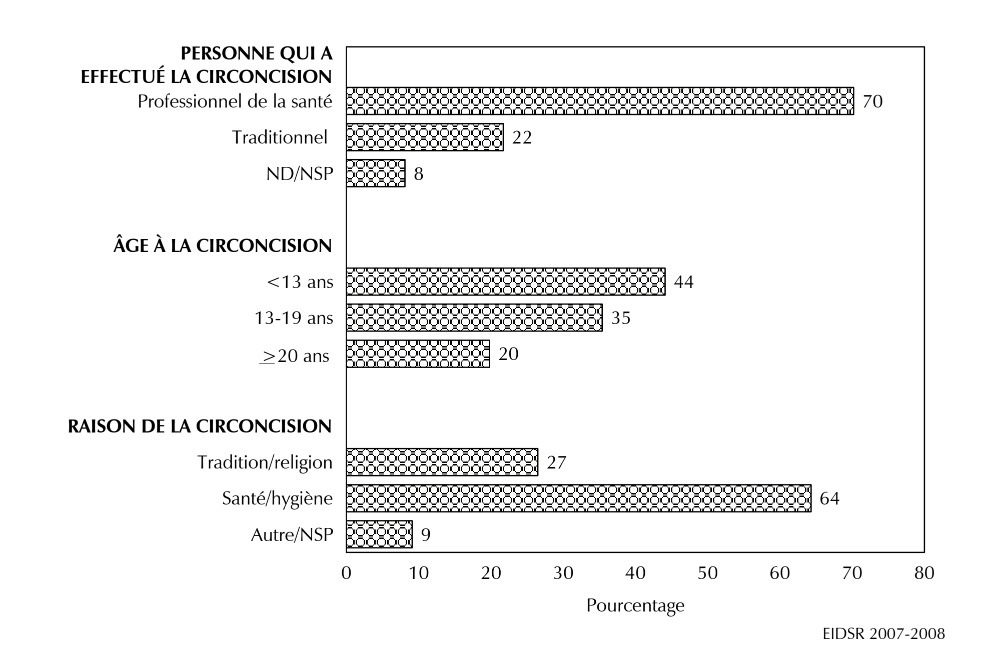


Tableau 10.2 Âge des enquêtés á la circoncision

Répartition (en %) des hommes circoncis par âge á la circoncision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristiques sociodémographiques	Âge à la circoncision				Total	Effectif d'hommes circoncis
	<13 ans	13 à 19 ans	≥ 20 ans	NSP/ manquant		
Groupe d'âges						
15-19	69,5	27,0	1,4	2,1	100,0	135
20-24	42,4	45,4	12,2	0,0	100,0	163
25-29	35,1	37,8	26,8	0,3	100,0	174
30-34	37,3	39,3	22,7	0,7	100,0	117
35-39	45,6	25,8	28,5	0,0	100,0	88
40-44	34,0	33,5	30,1	2,4	100,0	69
45-49	47,4	19,9	30,5	2,1	100,0	44
50-54	29,5	46,2	24,3	0,0	100,0	35
55-59	50,2	27,9	22,0	0,0	100,0	15
Milieu de résidence						
Urbain	52,5	30,7	16,4	0,5	100,0	391
Rural	36,7	39,5	22,7	1,1	100,0	448
Province						
Ville de Kigali	48,9	34,1	16,5	0,5	100,0	270
Sud	27,6	34,9	36,1	1,4	100,0	120
Ouest	51,1	38,2	10,7	0,0	100,0	299
Nord	35,3	29,8	31,3	3,6	100,0	53
Est	33,8	33,9	30,4	1,9	100,0	97
Niveau d'instruction						
Aucun	39,7	33,7	24,3	2,3	100,0	72
Primaire	37,3	42,3	19,0	1,3	100,0	381
Secondaire/supérieur	51,5	28,8	19,6	0,0	100,0	386
Religion						
Catholique	37,4	40,2	21,5	1,0	100,0	341
Protestant	44,3	36,9	18,1	0,7	100,0	253
Adventiste	42,6	32,6	23,8	1,0	100,0	91
Musulmane	59,3	23,4	16,7	0,6	100,0	135
Autre	48,9	22,7	28,5	0,0	100,0	10
Aucune/manquant	66,5	33,5	0,0	0,0	100,0	10
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	40,7	46,5	12,8	0,0	100,0	49
Second	38,5	35,9	22,4	3,1	100,0	113
Moyen	33,0	38,3	28,7	0,0	100,0	82
Quatrième	28,6	48,1	20,4	3,0	100,0	91
Le plus riche	50,2	31,4	18,3	0,1	100,0	504
Ensemble	44,1	35,4	19,8	0,8	100,0	838,8

10.2 RAISON DE LA CIRCONCISION CHEZ LES HOMMES

Au cours de l'enquête, on a demandé aux hommes qui avaient déclaré avoir été circoncis la raison principale de la circoncision. Les résultats sont présentés au tableau 10.3.

Pratiquement deux tiers des hommes (64 %) qui ont été circoncis ont avancé des raisons de santé et d'hygiène. En outre, un peu plus d'un quart (27 %) des hommes circoncis ont mentionné que la raison principale de la circoncision est la tradition ou la religion. Enfin, on constate que dans 9 % des cas, les hommes n'ont pas pu donner une réponse. Il faut remarquer que plus des trois quarts des musulmans (76 %) ont été circoncis pour des raisons religieuses ou pour suivre la tradition. Par contre, parmi les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (71 %), et parmi ceux des ménages les plus riches, la circoncision est plus fréquemment pratiquée pour des raisons liées à la santé et à l'hygiène (respectivement 71 % et 68 %) que pour être en accord avec la tradition ou la religion (respectivement 23 % et 27 %).

Tableau 10.3 Raison de la circoncision

Répartition (en %) des hommes circoncis en fonction de la raison de la circoncision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Rwanda 2007-2008

Caractéristiques sociodémographiques	Tradition/ religion	Santé/ hygiène	Autre/NSP/ manquant	Total	Effectif d'hommes circoncis
Groupe d'âges					
15-19	27,3	58,0	14,6	100,0	135
20-24	17,6	73,7	8,7	100,0	163
25-29	26,5	65,0	8,5	100,0	174
30-34	30,3	64,2	5,5	100,0	117
35-39	29,2	61,5	9,2	100,0	88
40-44	26,8	63,1	10,0	100,0	69
45-49	31,1	55,8	13,0	100,0	44
50-54	22,6	75,3	2,1	100,0	35
55-59	67,2	32,8	0,0	100,0	15
Milieu de résidence					
Urbain	31,4	63,8	4,8	100,0	391
Rural	22,3	64,8	12,9	100,0	448
Province					
Ville de Kigali	30,7	61,6	7,7	100,0	270
Sud	24,8	66,4	8,8	100,0	120
Ouest	21,4	67,8	10,9	100,0	299
Nord	24,7	67,5	7,8	100,0	53
Est	34,2	56,9	8,9	100,0	97
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	32,5	63,3	4,3	100,0	72
Primaire	29,1	58,3	12,6	100,0	381
Secondaire/supérieur+	22,9	70,5	6,6	100,0	386
Religion					
Catholique	16,7	73,0	10,3	100,0	341
Protestant	15,8	71,3	13,0	100,0	253
Adventiste	19,6	75,1	5,3	100,0	91
Musulmane	75,8	23,3	0,9	100,0	135
Autre/Aucune	41,3	54,0	4,7	100,0	20
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	30,0	56,8	13,2	100,0	49
Second	28,8	52,0	19,1	100,0	113
Moyen	27,1	66,5	6,4	100,0	82
Quatrième	20,6	61,7	17,6	100,0	91
Le plus riche	26,6	67,9	5,4	100,0	504
Ensemble	26,5	64,3	9,1	100,0	839

RÉFÉRENCES

ACC/SCN. 2000. *Fourth report on the world nutrition situation.* Genève : ACC/SCN en collaboration avec IFPRI.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3) : 1-29.

DeMaeyer, E.M. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care : A guide for health administrators and programme managers.* E.M. DeMaeyer avec la collaboration de P. Dallman et al. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Gwatkin, D.R., S.Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande et A.Wagstaff. 2000. *Socio-economic differences in health, nutrition and poverty*. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank, Washington, D.C. : The World Bank.

Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ORC Macro. 2006. *Enquête Démographique et de Santé 2005.* Calverton, Maryland, U.S.A. : INSR et ORC Macro.

Ministère de la Santé [Rwanda]. 2005a. *Politique du secteur de la santé.* Kigali, Rwanda : Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé [Rwanda]. 2005b. *Plan stratégique du secteur de la santé 2005-2009.* Kigali, Rwanda : Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé [Rwanda]. 2008. *Formation des formateurs en planification familiale : Manuel de référence*. Kigali, Rwanda : Ministère de la Santé.

Ministry of Agriculture and Animal Resources (MAAR) [Rwanda]. 2004. *Strategic plan for agricultural transformation in Rwanda*. Kigali, Rwanda : Ministry of Agriculture and Animal Resources.

Ministry of Finance and Economic Planning (MFEP) [Rwanda]. 2007. *Economic development and poverty reduction strategy, 2008-2012*. Kigali, Rwanda : Ministry of Finance and Economic Planning.

Ministry of Health [Rwanda]. 2009. *Health public expenditure review 2006-2007*. Rwanda. Kigali, Rwanda: Ministry of Health

Office National de la Population [Rwanda] et Macro International. 1994. *Enquête Démographique et de Santé du Rwanda 1992.* Calverton, Maryland, USA : Office National de la Population et Macro International.

Office National de la Population [Rwanda] et ORC Macro. 2001. *Enquête Démographique et de Santé du Rwanda 2000.* Calverton, Maryland, USA : Office National de la Population et ORC Macro.

Rutstein, S.O., et G. Rojas. 2003. *Guide to DHS statistics.* Calverton, Maryland, U.S.A : ORC Macro.

Service National de Recensement (SNR) [Rwanda]. 2005. 3*ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Rwanda au 15 Août 2002*. Kigali, Rwanda : Service National de Recensement.

Sullivan, J.M., S.O. Rutstein, et G.T. Bicego. 1994. *Infant and child mortality*. DHS Comparative Studies No. 15. Calverton, Maryland, U.S.A. : ORC Macro.

Williams, N., et L. Kapila. 1993. Complications of circumcision. (Nottingham, UK). *British Journal of Surgery* 80 : 1231-1236.

PLAN DE SONDAGE



A.1 INTRODUCTION

L'Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé au Rwanda en 2007-2008 (EIDSR 2007-08) fait suite à la Troisième Enquête Démographique et de Santé au Rwanda réalisée en 2005 (EDSR-III). Elle porte sur un échantillon national de 7500 ménages sélectionnés dans 250 grappes. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans et tous les hommes 15 à 59 ans ayant dormi dans les ménages sélectionnés la nuit précédant l'enquête sont éligibles pour l'enquête. L'objectif principal de l'enquête est de recueillir des informations sur des indicateurs démographiques et de santés des femmes, des hommes et des jeunes enfants ; et d'évaluer les progrès et les changements des principaux indicateurs après la mise en œuvre des programmes sanitaires. Elle vise à produire des résultats pour l'ensemble du pays et pour les milieux urbain et rural séparément. Pour que les résultats de l'enquête soient comparables avec les résultats de l'EDSR-III, on a sélectionné 250 grappes pour l'EIDSR 2007-2008, qui sont un sous échantillon des 462 grappes sélectionnées pour l'EDSR-III, avec des ménages tirés indépendamment. La méthodologie de l'enquête est la même que l'EDSR-III (voir section A.3). En décidant d'enquêter 30 ménages par grappes, la répartition de l'échantillon est donnée dans le tableau suivant :

Tableau A.1 Répartition des grappes et des ménages par province et selon le milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Province	Nombre de grappes sélectionnées		Sous total	Nombre de ménages sélectionnés		Sous total
	Urbain	Rural		Urbain	Rural	
Ville de Kigali	25	0	25	750	0	750
Kigali Ngali	3	18	21	90	540	630
Gitarama	5	16	21	150	480	630
Butare	6	15	21	180	450	630
Gikongoro	3	17	20	90	510	600
Cyangugu	3	17	20	90	510	600
Kibuye	3	17	20	90	510	600
Gisenyi	3	18	21	90	540	630
Ruhengeri	3	18	21	90	540	630
Byumba	3	17	20	90	510	600
Umutara	2	18	20	60	540	600
Kibungo	4	16	20	120	480	600
Total	63	187	250	1890	5610	7 500

A.2 RÉSULTAS DE L'ENQUÊTE

Les tableaux A.2 et A.3 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménages, femmes et hommes selon le milieu de résidence et les cinq provinces.

Tableau A.2 Résultats de l'enquête

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des femmes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Résultat des interviews	Milieu de résidence		Région					Total
	Urbain	Rural	Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est	
Ménages sélectionnés								
Remplis (a)	97,7	99,1	96,3	98,8	99,0	99,3	99,4	98,8
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (b)	0,8	0,3	1,4	0,5	0,2	0,3	0,1	0,4
Différé (c)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (d)	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Logement non trouvé (e)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Ménage absent (f)	0,8	0,5	1,1	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5
Logement vide/pas de logement à l'adresse (g)	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Logement détruit (h)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Autre (i)	0,2	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages sélectionnés	1 632	5 837	929	1 830	1 950	1 140	1 620	7 469
Taux de réponse des ménages (TRM)	99,1	99,6	98,4	99,4	99,6	99,7	99,9	99,5
Femmes éligibles								
Rempli (1)	96,2	97,4	95,4	96,4	99,0	95,8	97,9	97,1
Pas à la maison (2)	2,7	1,7	3,5	2,5	0,6	2,7	1,4	2,0
Différé (3)	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Refusé (4)	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,6	0,0	0,3
Partiellement rempli (5)	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Incapacité (6)	0,6	0,4	0,2	0,6	0,2	0,6	0,5	0,4
Autre (7)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 809	5 719	1 017	1 893	1 881	1 081	1 656	7 528
Taux de réponse des femmes éligibles (TRF)	96,2	97,4	95,4	96,4	99,0	95,8	97,9	97,1
Taux de réponse général (TRG)	95,3	97,1	93,8	95,8	98,6	95,6	97,8	96,6

[1] A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e)}$$

[2] A la suite du classement des femmes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête femme (TRF) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

[3] Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRF/100

Tableau A.3 Résultats de l'enquête auprès des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et auprès des hommes

Répartition (en %) des ménages et des hommes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des hommes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, Rwanda 2007-2008

Résultat des interviews	Milieu de résidence		Région					Total
	Urbain	Rural	Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est	
Ménages sélectionnés								
Remplis (a)	97,7	99,1	96,3	98,8	99,0	99,3	99,4	98,8
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (b)	0,8	0,3	1,4	0,5	0,2	0,3	0,1	0,4
Différé (c)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (d)	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Logement non trouvé (e)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Ménage absent (f)	0,8	0,5	1,1	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5
Logement vide/pas de logement à l'adresse (g)	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Logement détruit (h)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Autre (i)	0,2	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages sélectionnés	1 632	5 837	929	1 830	1 950	1 140	1 620	7 469
Taux de réponse des ménages (TRM)	99,1	99,6	98,4	99,4	99,6	99,7	99,9	99,5
Hommes éligibles								
Rempli (1)	94,9	95,6	93,3	92,9	98,2	95,8	96,0	95,4
Pas à la maison (2)	4,3	3,5	5,6	6,2	1,1	3,6	2,5	3,7
Refusé (4)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Partiellement rempli (5)	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
Incapacité (6)	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,1	0,4	0,3
Autre (7)	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,1	0,7	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	1 829	5 339	1 120	1 716	1 819	1 004	1 509	7 168
Taux de réponse des hommes éligibles (TRH)	94,9	95,6	93,3	92,9	98,2	95,8	96,0	95,4
Taux de réponse général (TRG)	94,0	95,2	91,8	92,3	97,9	95,6	95,9	94,9

[1] A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e)}$$

[2] A la suite du classement des hommes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête homme (TRH) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

[3] Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRH/100

A.3 PLAN DE SONDAGE DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE LA SANTE AU RWANDA (EDSR-III) 2005

A.3.1 Introduction

La troisième Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR-III) fait suite à celles réalisées en 1992 et 2000. Elle vise un échantillon représentatif national d'environ 10 500 ménages. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédent l'enquête seront éligibles pour être enquêtées. De plus, un sous échantillon de 50 % de l'ensemble des ménages sélectionnés pour l'enquête femme sera sélectionné pour une enquête auprès des hommes. Dans les ménages de ce sous échantillon, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans seront éligibles pour être enquêtés ; tous les hommes et toutes les femmes éligibles dans ce sous échantillon seront demandés un consentement pour le test de VIH. Comme les deux premières enquêtes, elle a pour principal objectif de recueillir des informations sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, la mortalité maternelle et infanto-juvénile, et les infections sexuellement transmissibles et le sida. Les résultats de l'enquête seront présentés pour le Rwanda, pour l'ensemble du milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des cinq provinces. L'échantillon était conçu pour produire des résultats représentatifs pour les douze anciennes provinces, et donc représentatif pour les cinq nouvelles provinces car ces derniers sont des regroupements des douze anciennes provinces.

Tableau A.4 Répartition des ménages par ancienne province et selon le milieu de résidence (RGPH, 2002)

Ancienne province	Nombre de ménages			Nombre de ZDs		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Ville de Kigali	124 964	0	124 964	565	0	565
Kigali Ngali	11 513	160 967	172 480	41	694	735
Gitarama	27 205	157 108	184 313	116	698	814
Butare	27 117	137 526	164 643	113	568	681
Gikongoro	6 258	100 833	107 091	28	465	493
Cyangugu	9 284	111 267	120 551	42	559	601
Kibuye	9 654	92 747	102 401	40	432	472
Gisenyi	12 360	174 853	187 213	51	761	812
Ruhengeri	14 474	178 686	193 160	61	779	840
Byumba	12 294	139 645	151 939	50	615	665
Umutara	1 843	89 817	91 660	7	393	400
Kibungo	16 015	140 996	157 011	64	585	649
Total	272 981	1 484 445	1 757 426	1 178	6 549	7 727

A.3.2 Base de sondage

Le Service National de Recensement (SNR) dispose d'un fichier informatique des 7 727 zones de dénombrement (ZD) créées pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002 (RGPH-2002). Dans ce fichier, chaque ZD apparaît avec tous ses identifiants (province, district et code d'identification), ses tailles en population et en ménage, et son type de milieu de résidence (urbain ou rural). Les limites de chaque ZD sont clairement identifiables sur des cartes cartographiques créées pour le RGPH-2002. La répartition des ZDs et des ménages sur les douze anciennes provinces et selon le milieu de résidence est donnée dans le tableau A.4.

A.3.3 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSR-III est un échantillon aérolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la ZD telle que définie pour le recensement en 2002. Chaque province a été séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au total, il y a 23 strates ont été formées dont la Ville de Kigali forme une strate entière car elle n'a pas de partie rurale. Au premier degré, 462 ZDs ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille, la taille étant le nombre de ménages dans la ZD. Un dénombrement des ménages dans chaque ZD sélectionnée a permit d'obtenir une liste de ménages qui a servit à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, chaque grande ZD a été divisée en segments dont un seul est retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur de la ZD. Au second degré, dans chacune des ZD sélectionnées au premier degré, un nombre fixe de ménages (20 ménages dans une grappe urbaine, 24 ménages dans une grappe rurale) sont sélectionnés, avec un tirage systématique de probabilité égale à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement. Au total, 10 644 ménages sont sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes.

Tableau A.5 Répartition de l'échantillon entres les anciennes provinces et par milieu de résidence

Ancienne province	Nombre de ménages			Nombre de ZDs			Nombre attendu de femmes enquêtées
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	
Ville de Kigali	880	0	880	44	0	44	899
Kigali Ngali	100	792	892	5	33	38	911
Gitarama	180	696	876	9	29	38	894
Butare	200	672	872	10	28	38	890
Gikongoro	100	792	892	5	33	38	911
Cyangugu	120	768	888	6	32	38	907
Kibuye	120	768	888	6	32	38	907
Gisenyi	100	792	892	5	33	38	911
Ruhengeri	120	768	888	6	32	38	907
Byumba	120	768	888	6	32	38	907
Umutara	40	864	904	2	36	38	923
Kibungo	140	744	884	7	31	38	903
Total	2 220	8 424	10 644	111	351	462	10 868

Tous les membres des ménages tirés sont enregistrés dans le questionnaire du ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifié dans le ménage, est également enquêtée avec un questionnaire femme. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur deux est retenu pour une enquête auprès des hommes. Dans ces ménages, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont interrogés. Tous les hommes de 15 à 59 ans et toutes les femmes de 15 à 49 ans dans ce sous échantillon seront demandés d'un consentement pour le test de VIH.

Le tableau A.5 donne la répartition de l'échantillon entre les provinces et par milieu de résidence. Au total, 462 ZDs ont été sélectionnées, dont 111 dans le milieu urbain et 351 dans le milieu rural. Pour les ménages, 10 644 sont sélectionnés au total, dont 2 220 dans le milieu urbain et 8 424 dans le milieu rural.

A.3.4 Probabilité de sondage

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate. Pour chaque strate h, les notations sont les suivantes :

P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la ZD i.
P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré des ménages dans la ZD i.

Soient a_h le nombre de grappes tirées dans la strate h, M_{hi} le nombre de ménages de la ZD i dans la strate h, M_h le nombre total de ménages de la strate h.

Au premier degré, la probabilité d'inclusion de cette grappe i dans l'échantillon est donnée par :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{M_h}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{hi} de ménages ont été tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement dénombrés dans la grappe i de la strate h lors de l'opération de mise à jour des cartes. Donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_{hi}}$$

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des taux de pondération ont été utilisés pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Le taux de pondération pour les individus de la grappe i dans la strate h a été calculé en utilisant la formule suivante :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{1hi} P_{2hi}}$$

avec la correction de la non réponse et de normalisation.

ERREURS DE SONDAGE



Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EIDSR 2007-2008, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour de l'EIR-2007-2008 n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne peut pas être mesurée exactement, mais elle peut être estimée à partir des données collectées.

L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans les quels nous considérons se trouver la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois de son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de de l'EIDSR 2007-2008 étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Un logiciel en SAS a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce logiciel utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, r =y/x, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ , et } \quad z_h = y_h - rx_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h,
y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h,
x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe i de la strate h et
f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut une grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EIDSR 2007-2008, il y a 250 grappes non-vides. Par conséquent, 250 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux r est calculée de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 250 grappes,
$r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 249 grappes ($i^{ème}$ grappe exclue),
k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EIDSR 2007-2008 ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats de l'enquête sont présentés dans cette annexe pour le Rwanda, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des cinq provinces. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.9 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N′), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % (M±2ET) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable Enfants nés vivants, l'EIDSR 2007-2008 a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 2,593 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,046 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et

caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre 2,593 - 2×0,046 et 2,593 + 2×0,046, soit 2,500 et 2,686.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,42 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 1,42 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace. Mais dans la situation réelle fe l'enquête, il n'était pas possible de sélectionner un échantillon aléatoire simple de femmes de 15 à 49 ans parce qu'il nécessitait une liste de toutes les femmes de 15 à 49 ans dans le pays et ce dernière n'exsitait pas.

Tableau B.1 Variables sélectionnées pour le calcul des erreurs de sondage, Rwanda 2007-2008

Variable	Estimation	Population de base
FEMMES		
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement enceinte	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Mère a reçu injection antitétanique complète	Proportion	Dernière naissances dans les 5 dernières années
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé, vue	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
HOMMES		
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes 15-49
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les hommes 15-49
Jamais marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-49
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-49

[1] Derniers 5 ans pour le taux national, et derniers 10 ans pour le taux régional.

Tableau B.2 Erreurs de sondage : Echantillon National, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,170	0,010	7313	7313	2,209	0,057	0,150	0,189
Sans instruction	0,222	0,009	7313	7313	1,823	0,040	0,204	0,240
Instruction post-primaire ou plus	0,116	0,008	7313	7313	2,252	0,073	0,099	0,133
Jamais mariée (en union)	0,352	0,009	7313	7313	1,597	0,025	0,334	0,370
Actuellement mariée (en union)	0,532	0,009	7313	7313	1,546	0,017	0,514	0,550
Actuellement enceinte	0,094	0,004	7313	7313	1,262	0,046	0,085	0,102
Enfants nés vivants	2,593	0,046	7313	7313	1,453	0,018	2,500	2,686
Enfants survivants	2,174	0,038	7313	7313	1,442	0,018	2,097	2,251
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,041	0,089	1258	1297	1,242	0,015	5,863	6,219
Connaît une méthode contraceptive	0,990	0,002	3759	3888	1,469	0,002	0,985	0,995
A utilisé une méthode contraceptive	0,560	0,013	3759	3888	1,554	0,022	0,534	0,585
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,364	0,012	3759	3888	1,514	0,033	0,340	0,387
Utilise actuellement la pilule	0,064	0,005	3759	3888	1,279	0,080	0,054	0,074
Utilise actuellement le condom	0,019	0,002	3759	3888	1,113	0,131	0,014	0,024
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,007	0,001	3759	3888	1,001	0,198	0,004	0,009
Utilise actuellement la continence périodique	0,060	0,005	3759	3888	1,374	0,089	0,049	0,070
Ne veut plus d'enfants	0,492	0,011	3759	3888	1,321	0,022	0,470	0,513
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,357	0,010	3759	3888	1,295	0,028	0,337	0,378
Nombre d'enfants idéal	3,317	0,028	7123	7125	1,798	0,009	3,260	3,373
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,724	0,011	3568	3658	1,455	0,015	0,703	0,746
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,521	0,014	5489	5656	1,719	0,026	0,493	0,548
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,137	0,006	5094	5241	1,207	0,046	0,125	0,150
A reçu traitement SRO	0,213	0,021	689	719	1,248	0,100	0,170	0,255
A consulté du personnel médical	0,326	0,023	689	719	1,179	0,069	0,281	0,371
Ayant un carnet de santé, vu	0,670	0,020	1174	1226	1,476	0,030	0,629	0,710
A reçu vaccination BCG	0,955	0,007	1174	1226	1,233	0,008	0,940	0,970
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,898	0,011	1174	1226	1,273	0,013	0,875	0,921
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,855	0,014	1174	1226	1,344	0,016	0,827	0,883
A reçu vaccination rougeole	0,904	0,011	1174	1226	1,225	0,012	0,883	0,925
Vacciné contre toutes les maladies	0,804	0,016	1174	1226	1,358	0,020	0,772	0,836
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,514	0,113	na	20691	1,428	0,021	5,288	5,741
Quotient de mortalité néonatale (5 ans)	28,011	2,761	5528	5691	1,157	0,099	22,488	33,533
Quotient de mortalité post-néonatale (5 ans)	34,283	3,065	5514	5673	1,195	0,089	28,152	40,413
Quotient de mortalité infantile (5 ans)	62,293	4,409	5541	5705	1,263	0,071	53,475	71,111
Quotient de mortalité juvénile (5 ans)	43,023	4,416	5473	5626	1,434	0,103	34,191	51,856
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5 ans)	102,636	6,564	5631	5801	1,416	0,064	89,508	115,765
HOMMES								
Milieu urbain	0,188	0,011	6225	6197	2,238	0,059	0,166	0,211
Sans instruction	0,154	0,007	6225	6197	1,519	0,045	0,140	0,168
Instruction post-primaire ou plus	0,158	0,010	6225	6197	2,206	0,065	0,138	0,178
Jamais marié (en union)	0,487	0,009	6225	6197	1,499	0,019	0,468	0,506
Actuellement marié (en union)	0,495	0,009	6225	6197	1,486	0,019	0,476	0,513

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage : Echantillon Urbain, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1974	1240	na	na	1,000	1,000
Sans instruction	0,130	0,011	1974	1240	1,397	0,081	0,108	0,151
Instruction post-primaire ou plus	0,284	0,026	1974	1240	2,571	0,092	0,231	0,336
Jamais mariée (en union)	0,428	0,018	1974	1240	1,575	0,041	0,393	0,463
Actuellement mariée (en union)	0,456	0,017	1974	1240	1,532	0,038	0,422	0,491
Actuellement enceinte	0,077	0,008	1974	1240	1,279	0,100	0,061	0,092
Enfants nés vivants	2,065	0,082	1974	1240	1,505	0,040	1,900	2,229
Enfants survivants	1,822	0,067	1974	1240	1,407	0,037	1,688	1,956
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,595	0,170	282	181	1,162	0,030	5,255	5,936
Connaît une méthode contraceptive	0,988	0,006	872	566	1,682	0,006	0,976	1,001
A utilisé une méthode contraceptive	0,641	0,024	872	566	1,466	0,037	0,594	0,689
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,446	0,024	872	566	1,444	0,055	0,397	0,494
Utilise actuellement la pilule	0,088	0,012	872	566	1,244	0,136	0,064	0,112
Utilise actuellement le condom	0,036	0,008	872	566	1,285	0,226	0,020	0,052
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,018	0,006	872	566	1,270	0,320	0,006	0,029
Utilise actuellement la continence périodique	0,061	0,010	872	566	1,288	0,172	0,040	0,081
Ne veut plus d'enfants	0,504	0,023	872	566	1,376	0,046	0,457	0,550
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,337	0,017	872	566	1,050	0,050	0,304	0,371
Nombre d'enfants idéal	3,162	0,050	1929	1207	1,698	0,016	3,063	3,261
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,705	0,023	851	544	1,443	0,032	0,660	0,750
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,698	0,024	1268	804	1,553	0,034	0,650	0,745
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,139	0,013	1200	764	1,203	0,096	0,112	0,166
A reçu traitement SRO	0,303	0,047	156	106	1,167	0,155	0,209	0,396
A consulté du personnel médical	0,379	0,047	156	106	1,123	0,123	0,286	0,472
Ayant un carnet de santé, vu	0,635	0,042	258	168	1,423	0,067	0,550	0,720
A reçu vaccination BCG	0,984	0,008	258	168	1,055	0,008	0,967	1,000
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,917	0,026	258	168	1,514	0,028	0,866	0,969
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,872	0,029	258	168	1,382	0,033	0,815	0,929
A reçu vaccination rougeole	0,918	0,020	258	168	1,199	0,022	0,878	0,959
Vacciné contre toutes les maladies	0,805	0,037	258	168	1,494	0,045	0,732	0,878
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,714	0,204	na	3476	1,273	0,043	4,307	5,121
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	18,722	2,809	2317	1465	0,923	0,150	13,104	24,340
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	27,802	4,332	2315	1463	1,234	0,156	19,138	36,467
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	46,524	5,462	2319	1467	1,177	0,117	35,600	57,449
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	42,504	5,081	2252	1425	1,065	0,120	32,342	52,666
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	87,051	8,186	2340	1480	1,260	0,094	70,678	103,424
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1820	1167	na	na	1,000	1,000
Sans instruction	0,091	0,010	1820	1167	1,415	0,105	0,072	0,110
Instruction post-primaire ou plus	0,358	0,027	1820	1167	2,382	0,075	0,305	0,412
Jamais marié (en union)	0,596	0,017	1820	1167	1,509	0,029	0,561	0,631
Actuellement marié (en union)	0,388	0,017	1820	1167	1,526	0,045	0,353	0,423

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage : Echantillon Rural, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	5339	6073	na	na	0,000	0,000
Sans instruction	0,241	0,010	5339	6073	1,772	0,043	0,220	0,262
Instruction post-primaire ou plus	0,081	0,008	5339	6073	2,195	0,101	0,065	0,098
Jamais mariée (en union)	0,336	0,010	5339	6073	1,571	0,030	0,316	0,357
Actuellement mariée (en union)	0,547	0,010	5339	6073	1,518	0,019	0,526	0,568
Actuellement enceinte	0,097	0,005	5339	6073	1,226	0,051	0,087	0,107
Enfants nés vivants	2,701	0,053	5339	6073	1,405	0,020	2,594	2,808
Enfants survivants	2,245	0,044	5339	6073	1,406	0,020	2,157	2,334
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,113	0,100	976	1116	1,229	0,016	5,913	6,314
Connaît une méthode contraceptive	0,990	0,003	2887	3322	1,416	0,003	0,985	0,995
A utilisé une méthode contraceptive	0,546	0,014	2887	3322	1,524	0,026	0,517	0,574
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,350	0,013	2887	3322	1,498	0,038	0,323	0,376
Utilise actuellement la pilule	0,060	0,006	2887	3322	1,272	0,094	0,049	0,071
Utilise actuellement le condom	0,016	0,002	2887	3322	1,068	0,156	0,011	0,021
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,001	2887	3322	0,940	0,250	0,002	0,007
Utilise actuellement la continence périodique	0,059	0,006	2887	3322	1,353	0,100	0,048	0,071
Ne veut plus d'enfants	0,490	0,012	2887	3322	1,287	0,024	0,466	0,514
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,361	0,012	2887	3322	1,287	0,032	0,338	0,384
Nombre d'enfants idéal	3,349	0,033	5194	5918	1,759	0,010	3,283	3,414
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,728	0,012	2717	3114	1,420	0,017	0,704	0,752
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,491	0,015	4221	4852	1,677	0,031	0,461	0,522
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,137	0,007	3894	4478	1,178	0,051	0,123	0,151
A reçu traitement SRO	0,197	0,023	533	613	1,240	0,119	0,150	0,244
A consulté du personnel médical	0,317	0,025	533	613	1,156	0,080	0,266	0,367
Ayant un carnet de santé, vu	0,675	0,022	916	1058	1,436	0,033	0,630	0,720
A reçu vaccination BCG	0,950	0,009	916	1058	1,176	0,009	0,933	0,967
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,895	0,012	916	1058	1,208	0,014	0,870	0,920
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,853	0,015	916	1058	1,297	0,018	0,822	0,883
A reçu vaccination rougeole	0,902	0,012	916	1058	1,187	0,013	0,878	0,925
Vacciné contre toutes les maladies	0,804	0,017	916	1058	1,305	0,022	0,769	0,839
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,663	0,126	na	17215	1,393	0,022	5,410	5,916
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	33,713	2,667	7941	9071	1,175	0,079	28,378	39,047
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	48,445	3,251	7940	9072	1,226	0,067	41,942	54,948
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	82,158	4,421	7961	9096	1,271	0,054	73,316	91,000
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	65,478	4,898	7834	8931	1,399	0,075	55,682	75,274
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	142,257	7,161	8069	9221	1,472	0,050	127,935	156,578
HOMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	4405	5030	na	na	0,000	0,000
Sans instruction	0,169	0,008	4405	5030	1,456	0,049	0,153	0,186
Instruction post-primaire ou plus	0,111	0,010	4405	5030	2,166	0,092	0,091	0,132
Jamais marié (en union)	0,462	0,011	4405	5030	1,450	0,024	0,440	0,484
Actuellement marié (en union)	0,519	0,011	4405	5030	1,433	0,021	0,498	0,541

na = Non applicable

Tableau B.5 Erreurs de sondage : Echantillon Ville de Kigale, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,874	0,014	970	685	1,333	0,016	0,846	0,903
Sans instruction	0,117	0,014	970	685	1,319	0,116	0,090	0,145
Instruction post-primaire ou plus	0,336	0,027	970	685	1,807	0,082	0,281	0,390
Jamais mariée (en union)	0,451	0,026	970	685	1,656	0,059	0,398	0,504
Actuellement mariée (en union)	0,451	0,026	970	685	1,615	0,057	0,400	0,503
Actuellement enceinte	0,103	0,012	970	685	1,189	0,113	0,080	0,127
Enfants nés vivants	1,818	0,108	970	685	1,485	0,059	1,603	2,033
Enfants survivants	1,597	0,087	970	685	1,432	0,055	1,422	1,771
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,316	0,224	113	83	0,929	0,042	4,869	5,763
Connaît une méthode contraceptive	0,981	0,011	416	309	1,597	0,011	0,960	1,003
A utilisé une méthode contraceptive	0,644	0,026	416	309	1,101	0,040	0,592	0,695
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,418	0,026	416	309	1,073	0,062	0,366	0,470
Utilise actuellement la pilule	0,088	0,017	416	309	1,254	0,198	0,053	0,123
Utilise actuellement le condom	0,039	0,012	416	309	1,299	0,316	0,014	0,064
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,019	0,009	416	309	1,387	0,489	0,000	0,038
Utilise actuellement la continence périodique	0,051	0,013	416	309	1,186	0,252	0,025	0,076
Ne veut plus d'enfants	0,477	0,030	416	309	1,236	0,064	0,416	0,537
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,361	0,022	416	309	0,935	0,061	0,317	0,406
Nombre d'enfants idéal	3,061	0,064	943	663	1,570	0,021	2,932	3,190
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,673	0,040	386	287	1,666	0,059	0,594	0,752
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,655	0,040	567	425	1,657	0,061	0,575	0,734
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,149	0,022	533	400	1,223	0,145	0,106	0,192
A reçu traitement SRO	0,439	0,056	71	60	0,861	0,127	0,328	0,551
A consulté du personnel médical	0,490	0,060	71	60	0,940	0,122	0,371	0,610
Ayant un carnet de santé, vu	0,648	0,059	124	95	1,399	0,091	0,530	0,766
A reçu vaccination BCG	0,946	0,013	124	95	0,658	0,014	0,919	0,972
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,856	0,031	124	95	1,021	0,037	0,794	0,919
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,842	0,034	124	95	1,065	0,040	0,774	0,911
A reçu vaccination rougeole	0,908	0,032	124	95	1,254	0,035	0,845	0,972
Vacciné contre toutes les maladies	0,778	0,052	124	95	1,427	0,067	0,674	0,883
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,369	0,388	na	1936	1,285	0,089	3,592	5,145
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	27,520	7,499	1015	746	1,253	0,272	12,523	42,518
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	32,931	4,748	1021	748	0,619	0,144	23,434	42,428
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	60,452	10,027	1016	746	0,969	0,166	40,398	80,505
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	43,804	11,641	981	720	1,406	0,266	20,523	67,085
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	101,607	19,423	1021	751	1,437	0,191	62,762	140,453
HOMMES								
Milieu urbain	0,873	0,029	1004	730	2,729	0,033	0,816	0,931
Sans instruction	0,067	0,011	1004	730	1,343	0,158	0,046	0,088
Instruction post-primaire ou plus	0,400	0,030	1004	730	1,945	0,075	0,339	0,460
Jamais marié (en union)	0,620	0,024	1004	730	1,542	0,038	0,572	0,667
Actuellement marié (en union)	0,366	0,024	1004	730	1,602	0,067	0,317	0,414

na = Non applicable

Tableau B.6 Erreurs de sondage : Echantillon Sud, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,140	0,013	1824	1946	1,615	0,094	0,113	0,166
Sans instruction	0,206	0,017	1824	1946	1,770	0,081	0,173	0,240
Instruction post-primaire ou plus	0,089	0,014	1824	1946	2,140	0,160	0,061	0,118
Jamais mariée (en union)	0,378	0,016	1824	1946	1,384	0,042	0,346	0,409
Actuellement mariée (en union)	0,506	0,014	1824	1946	1,200	0,028	0,478	0,535
Actuellement enceinte	0,090	0,008	1824	1946	1,127	0,084	0,075	0,105
Enfants nés vivants	2,404	0,085	1824	1946	1,402	0,036	2,234	2,575
Enfants survivants	2,029	0,071	1824	1946	1,374	0,035	1,887	2,171
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,608	0,154	343	365	1,124	0,027	5,300	5,916
Connaît une méthode contraceptive	0,986	0,006	915	985	1,491	0,006	0,974	0,998
A utilisé une méthode contraceptive	0,546	0,025	915	985	1,517	0,046	0,496	0,596
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,335	0,020	915	985	1,307	0,061	0,294	0,376
Utilise actuellement la pilule	0,048	0,008	915	985	1,085	0,160	0,033	0,063
Utilise actuellement le condom	0,015	0,004	915	985	1,110	0,295	0,006	0,024
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,004	0,002	915	985	0,904	0,454	0,000	0,008
Utilise actuellement la continence périodique	0,069	0,012	915	985	1,415	0,172	0,045	0,093
Ne veut plus d'enfants	0,502	0,020	915	985	1,184	0,039	0,463	0,541
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,332	0,021	915	985	1,354	0,064	0,290	0,374
Nombre d'enfants idéal	3,245	0,043	1777	1897	1,459	0,013	3,159	3,331
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,700	0,023	863	930	1,465	0,032	0,654	0,745
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,507	0,026	1331	1442	1,641	0,052	0,454	0,560
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,148	0,013	1240	1340	1,231	0,090	0,121	0,174
A reçu traitement SRO	0,084	0,021	177	198	1,026	0,251	0,042	0,126
A consulté du personnel médical	0,211	0,041	177	198	1,276	0,193	0,129	0,292
Ayant un carnet de santé, vu	0,675	0,037	299	322	1,329	0,054	0,602	0,748
A reçu vaccination BCG	0,947	0,014	299	322	1,028	0,015	0,919	0,974
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,875	0,023	299	322	1,206	0,027	0,829	0,922
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,835	0,030	299	322	1,359	0,036	0,775	0,895
A reçu vaccination rougeole	0,877	0,019	299	322	0,967	0,021	0,840	0,914
Vacciné contre toutes les maladies	0,771	0,034	299	322	1,363	0,044	0,704	0,839
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,507	0,198	na	5522	1,265	0,036	5,111	5,903
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	32,215	4,404	2416	2584	1,084	0,137	23,407	41,024
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	46,388	6,116	2404	2573	1,263	0,132	34,155	58,620
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	78,603	8,620	2419	2588	1,329	0,110	61,363	95,843
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	52,614	8,215	2374	2526	1,509	0,156	36,183	69,045
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	127,081	12,182	2446	2618	1,404	0,096	102,718	151,445
HOMMES								
Milieu urbain	0,134	0,012	1421	1557	1,352	0,091	0,110	0,159
Sans instruction	0,195	0,017	1421	1557	1,608	0,087	0,161	0,229
Instruction post-primaire ou plus	0,118	0,015	1421	1557	1,702	0,123	0,089	0,148
Jamais marié (en union)	0,501	0,020	1421	1557	1,475	0,039	0,462	0,540
Actuellement marié (en union)	0,479	0,019	1421	1557	1,407	0,039	0,441	0,516

na = Non applicable

Tableau B.7 Erreurs de sondage : Echantillon Ouest, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,091	0,011	1862	1738	1,669	0,122	0,069	0,114
Sans instruction	0,260	0,021	1862	1738	2,091	0,082	0,218	0,303
Instruction post-primaire ou plus	0,089	0,013	1862	1738	1,962	0,146	0,063	0,114
Jamais mariée (en union)	0,330	0,018	1862	1738	1,623	0,054	0,295	0,366
Actuellement mariée (en union)	0,543	0,018	1862	1738	1,591	0,034	0,506	0,580
Actuellement enceinte	0,093	0,008	1862	1738	1,193	0,086	0,077	0,109
Enfants nés vivants	2,782	0,093	1862	1738	1,407	0,033	2,597	2,967
Enfants survivants	2,373	0,078	1862	1738	1,403	0,033	2,217	2,529
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,295	0,141	349	334	1,044	0,022	6,013	6,577
Connaît une méthode contraceptive	0,993	0,003	958	943	1,135	0,003	0,987	0,999
A utilisé une méthode contraceptive	0,539	0,025	958	943	1,532	0,046	0,490	0,588
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,339	0,024	958	943	1,543	0,070	0,291	0,386
Utilise actuellement la pilule	0,062	0,010	958	943	1,342	0,168	0,041	0,083
Utilise actuellement le condom	0,019	0,004	958	943	1,008	0,237	0,010	0,027
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,010	0,003	958	943	0,942	0,304	0,004	0,016
Utilise actuellement la continence périodique	0,049	0,010	958	943	1,385	0,198	0,029	0,068
Ne veut plus d'enfants	0,436	0,021	958	943	1,329	0,049	0,393	0,478
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,427	0,021	958	943	1,322	0,050	0,385	0,469
Nombre d'enfants idéal	3,583	0,067	1811	1684	1,970	0,019	3,449	3,717
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,776	0,019	941	913	1,420	0,025	0,737	0,814
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,519	0,031	1439	1408	2,014	0,060	0,457	0,581
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,136	0,012	1345	1312	1,186	0,087	0,112	0,160
A reçu traitement SRO	0,309	0,055	180	179	1,464	0,178	0,199	0,419
A consulté du personnel médical	0,388	0,051	180	179	1,307	0,131	0,286	0,489
Ayant un carnet de santé, vu	0,734	0,035	316	318	1,406	0,047	0,664	0,803
A reçu vaccination BCG	0,972	0,012	316	318	1,278	0,012	0,949	0,995
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,939	0,017	316	318	1,176	0,018	0,906	0,972
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,877	0,022	316	318	1,202	0,026	0,832	0,922
A reçu vaccination rougeole	0,924	0,017	316	318	1,077	0,018	0,891	0,957
Vacciné contre toutes les maladies	0,853	0,024	316	318	1,203	0,028	0,805	0,901
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,751	0,229	na	4895	1,533	0,040	5,293	6,208
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	31,251	4,830	2731	2663	1,268	0,155	21,591	40,910
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	47,331	5,255	2730	2663	1,174	0,111	36,820	57,841
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	78,581	7,510	2738	2672	1,272	0,096	63,562	93,600
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	54,981	6,046	2701	2641	1,096	0,110	42,889	67,074
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	129,242	11,089	2773	2706	1,467	0,086	107,064	151,420
HOMMES								
Milieu urbain	0,096	0,016	1629	1540	2,167	0,165	0,064	0,128
Sans instruction	0,136	0,012	1629	1540	1,356	0,085	0,113	0,159
Instruction post-primaire ou plus	0,137	0,020	1629	1540	2,352	0,146	0,097	0,178
Jamais marié (en union)	0,485	0,015	1629	1540	1,188	0,030	0,456	0,515
Actuellement marié (en union)	0,498	0,014	1629	1540	1,139	0,028	0,470	0,527

na = Non applicable

Tableau B.8 Erreurs de sondage : Echantillon Nord, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,081	0,018	1036	1265	2,173	0,228	0,044	0,118
Sans instruction	0,234	0,020	1036	1265	1,526	0,086	0,194	0,275
Instruction post-primaire ou plus	0,111	0,029	1036	1265	2,924	0,258	0,054	0,169
Jamais mariée (en union)	0,313	0,028	1036	1265	1,922	0,089	0,257	0,368
Actuellement mariée (en union)	0,575	0,027	1036	1265	1,778	0,048	0,520	0,629
Actuellement enceinte	0,092	0,012	1036	1265	1,327	0,130	0,068	0,115
Enfants nés vivants	2,840	0,140	1036	1265	1,565	0,049	2,561	3,119
Enfants survivants	2,407	0,118	1036	1265	1,553	0,049	2,172	2,642
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,382	0,237	186	224	1,288	0,037	5,907	6,856
Connaît une méthode contraceptive	0,993	0,003	594	727	0,927	0,003	0,987	0,999
A utilisé une méthode contraceptive	0,581	0,036	594	727	1,786	0,062	0,509	0,654
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,440	0,036	594	727	1,739	0,081	0,369	0,511
Utilise actuellement la pilule	0,089	0,015	594	727	1,272	0,167	0,059	0,119
Utilise actuellement le condom	0,015	0,005	594	727	0,937	0,316	0,005	0,024
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,003	0,002	594	727	0,933	0,706	0,000	0,007
Utilise actuellement la continence périodique	0,075	0,014	594	727	1,279	0,184	0,048	0,103
Ne veut plus d'enfants	0,560	0,031	594	727	1,513	0,055	0,499	0,622
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,296	0,027	594	727	1,434	0,091	0,242	0,350
Nombre d'enfants idéal	3,203	0,068	1012	1236	1,865	0,021	3,067	3,339
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,714	0,028	530	641	1,421	0,039	0,658	0,770
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,477	0,027	815	991	1,324	0,058	0,422	0,532
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,114	0,017	759	925	1,356	0,148	0,080	0,147
A reçu traitement SRO	0,259	0,048	83	105	0,905	0,185	0,164	0,355
A consulté du personnel médical	0,399	0,044	83	105	0,747	0,109	0,312	0,486
Ayant un carnet de santé, vu	0,693	0,056	166	204	1,559	0,080	0,582	0,805
A reçu vaccination BCG	0,941	0,025	166	204	1,389	0,027	0,891	0,992
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,910	0,027	166	204	1,223	0,030	0,856	0,964
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,886	0,027	166	204	1,089	0,030	0,832	0,939
A reçu vaccination rougeole	0,929	0,031	166	204	1,587	0,034	0,866	0,992
Vacciné contre toutes les maladies	0,845	0,031	166	204	1,122	0,037	0,782	0,908
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,352	0,371	na	3601	1,708	0,069	4,610	6,094
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	35,456	6,648	1631	1979	1,241	0,188	22,160	48,753
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	35,941	7,168	1638	1987	1,514	0,199	21,606	50,276
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	71,397	10,837	1636	1986	1,538	0,152	49,723	93,072
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	46,724	7,389	1633	1988	1,086	0,158	31,947	61,502
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	114,786	15,562	1655	2010	1,584	0,136	83,661	145,910
HOMMES								
Milieu urbain	0,075	0,014	851	1015	1,589	0,192	0,046	0,104
Sans instruction	0,152	0,017	851	1015	1,370	0,111	0,118	0,186
Instruction post-primaire ou plus	0,146	0,038	851	1015	3,134	0,261	0,070	0,222
Jamais marié (en union)	0,423	0,027	851	1015	1,564	0,063	0,370	0,476
Actuellement marié (en union)	0,569	0,026	851	1015	1,535	0,046	0,517	0,621

na = Non applicable

Tableau B.9 Erreurs de sondage : Echantillon Est, Rwanda 2007-2008

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,065	0,017	1621	1680	2,750	0,260	0,031	0,098
Sans instruction	0,235	0,018	1621	1680	1,716	0,077	0,198	0,271
Instruction post-primaire ou plus	0,088	0,013	1621	1680	1,900	0,152	0,061	0,115
Jamais mariée (en union)	0,333	0,017	1621	1680	1,452	0,051	0,299	0,367
Actuellement mariée (en union)	0,550	0,019	1621	1680	1,569	0,035	0,511	0,588
Actuellement enceinte	0,097	0,010	1621	1680	1,366	0,104	0,077	0,117
Enfants nés vivants	2,747	0,091	1621	1680	1,321	0,033	2,565	2,929
Enfants survivants	2,194	0,072	1621	1680	1,305	0,033	2,051	2,338
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,236	0,239	267	291	1,550	0,038	5,759	6,714
Connaît une méthode contraceptive	0,990	0,006	876	923	1,823	0,006	0,978	1,002
A utilisé une méthode contraceptive	0,549	0,024	876	923	1,439	0,044	0,501	0,598
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,342	0,024	876	923	1,472	0,069	0,295	0,390
Utilise actuellement la pilule	0,055	0,010	876	923	1,351	0,189	0,034	0,076
Utilise actuellement le condom	0,019	0,006	876	923	1,182	0,285	0,008	0,030
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	876	923	0,982	0,469	0,000	0,010
Utilise actuellement la continence périodique	0,051	0,010	876	923	1,298	0,189	0,032	0,070
Ne veut plus d'enfants	0,490	0,020	876	923	1,173	0,040	0,450	0,530
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,360	0,015	876	923	0,907	0,041	0,331	0,390
Nombre d'enfants idéal	3,316	0,059	1580	1646	1,699	0,018	3,197	3,435
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,722	0,021	848	888	1,376	0,029	0,679	0,764
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,527	0,028	1337	1390	1,751	0,054	0,470	0,584
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,140	0,012	1217	1263	1,111	0,085	0,117	0,164
A reçu traitement SRO	0,156	0,037	178	177	1,273	0,240	0,081	0,230
A consulté du personnel médical	0,294	0,044	178	177	1,197	0,148	0,207	0,381
Ayant un carnet de santé, vu	0,583	0,046	269	287	1,527	0,079	0,491	0,675
A reçu vaccination BCG	0,958	0,016	269	287	1,318	0,017	0,926	0,990
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,882	0,029	269	287	1,460	0,033	0,824	0,940
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,836	0,035	269	287	1,554	0,042	0,766	0,906
A reçu vaccination rougeole	0,892	0,025	269	287	1,316	0,028	0,843	0,941
Vacciné contre toutes les maladies	0,767	0,038	269	287	1,479	0,050	0,690	0,843
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,836	0,196	na	4737	1,149	0,034	5,443	6,228
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	29,666	4,375	2465	2565	1,187	0,147	20,916	38,415
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	54,236	6,188	2462	2562	1,200	0,114	41,860	66,612
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	83,901	7,281	2471	2570	1,170	0,087	69,339	98,464
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	98,312	11,346	2397	2481	1,617	0,115	75,620	121,004
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	173,965	14,058	2514	2616	1,563	0,081	145,849	202,082
HOMMES								
Milieu urbain	0,071	0,022	1320	1354	3,120	0,311	0,027	0,116
Sans instruction	0,177	0,016	1320	1354	1,502	0,089	0,146	0,209
Instruction post-primaire ou plus	0,105	0,013	1320	1354	1,496	0,120	0,080	0,131
Jamais marié (en union)	0,450	0,022	1320	1354	1,597	0,049	0,406	0,493
Actuellement marié (en union)	0,522	0,023	1320	1354	1,652	0,044	0,477	0,568

na = Non applicable

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES



Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), Rwanda 2007-2008

	Femmes		Hommes			Femmes		Hommes	
Âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
0	549	3,3	500	3,4	36	137	0,8	94	0,6
1	616	3,7	623	4,2	37	148	0,9	130	0,9
2	489	3,0	493	3,3	38	147	0,9	130	0,9
3	554	3,3	564	3,8	39	139	0,8	106	0,7
4	502	3,0	535	3,6	40	169	1,0	123	0,8
5	432	2,6	488	3,3	41	116	0,7	85	0,6
6	465	2,8	431	2,9	42	142	0,9	118	0,8
7	555	3,3	569	3,8	43	121	0,7	109	0,7
8	519	3,1	504	3,4	44	125	0,8	96	0,6
9	368	2,2	356	2,4	45	161	1,0	127	0,9
10	478	2,9	470	3,2	46	126	0,8	78	0,5
11	400	2,4	413	2,8	47	112	0,7	77	0,5
12	518	3,1	506	3,4	48	121	0,7	90	0,6
13	521	3,1	449	3,0	49	94	0,6	76	0,5
14	328	2,0	354	2,4	50	128	0,8	114	0,8
15	272	1,6	322	2,2	51	145	0,9	76	0,5
16	289	1,7	328	2,2	52	136	0,8	69	0,5
17	283	1,7	330	2,2	53	97	0,6	74	0,5
18	311	1,9	289	1,9	54	111	0,7	56	0,4
19	284	1,7	258	1,7	55	104	0,6	87	0,6
20	337	2,0	294	2,0	56	96	0,6	54	0,4
21	320	1,9	231	1,6	57	74	0,4	46	0,3
22	297	1,8	254	1,7	58	70	0,4	48	0,3
23	306	1,8	283	1,9	59	53	0,3	24	0,2
24	313	1,9	225	1,5	60	97	0,6	79	0,5
25	375	2,3	277	1,9	61	40	0,2	43	0,3
26	253	1,5	231	1,5	62	51	0,3	45	0,3
27	289	1,7	250	1,7	63	47	0,3	36	0,2
28	229	1,4	224	1,5	64	35	0,2	26	0,2
29	232	1,4	175	1,2	65	61	0,4	44	0,3
30	234	1,4	216	1,5	66	33	0,2	29	0,2
31	177	1,1	128	0,9	67	51	0,3	27	0,2
32	184	1,1	165	1,1	68	49	0,3	17	0,1
33	172	1,0	151	1,0	69	25	0,2	13	0,1
34	162	1,0	130	0,9	70+	407	2,5	278	1,9
35	193	1,2	176	1,2	NSP/ND	7	0,0	3	0,0
					Total	16,583	100,0	14 918	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Population des femmes de 10-54 ans dans les ménages	Femmes de 15-49 ans enquêtées		Pourcentage de femmes éligibles enquêtées
		Effectif	Pourcentage	
10-14	2 245	na	na	na
15-19	1 438	1 356	18,9	94,3
20-24	1 573	1 515	21,2	96,3
25-29	1 379	1 350	18,9	97,9
30-34	929	912	12,7	98,1
25-39	764	753	10,5	98,5
40-44	674	665	9,3	98,6
45-49	614	606	8,5	98,8
50-54	618	na	NA	na
15-49	7 371	7 157	100,0	97,1

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), Rwanda 2007-2008

Groupe d'âges	Population des hommes de 10-64 ans dans les ménages	Hommes de 15-59 ans enquêtés		Pourcentage d'hommes éligibles enquêtés
		Effectif	Pourcentage	
10-14	2 192	na	na	na
15-19	1 526	1 433	21,4	93,9
20-24	1 287	1 224	18,3	95,1
25-29	1 157	1 122	16,7	96,9
30-34	789	760	11,3	96,3
25-39	636	601	9,0	94,5
40-44	531	508	7,6	95,8
45-49	447	425	6,3	95,0
50-54	390	375	5,6	96,2
55-59	260	251	3,8	96,8
60-64	229	na	na	na
15-59	7 022	6 699	100,0	95,4

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, Rwanda 2007-2008

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentage ayant des informations manquantes	Nombre de cas
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois uniquement		1,29	14 339
Mois et année		0,04	14 339
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,00	1 948
Niveau d'instruction de l'enquêtée	Toutes les femmes 15-49 ans	0,05	7 313
Diarrhée les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	1,62	5 241
Prélèvement du sang pour le paludisme et l'anémie [1]			
Chez les enfants	Enfants vivants de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	3,13	4 906
Chez les femmes	Toutes les femmes 15-49 ans (à partir du questionnaire ménage)	4,81	7 371

[1] Non-testé(e)

Tableau C.4 Naissances par année de naissance

Nombre de naissances, pourcentage de naissances avec une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles pour les enfants survivants (S), les enfants décédés (D) et l'ensemble des enfants (E) (pondéré), selon l'année de calendrier, Rwanda 2007-2008

	Effectif de naissances			Pourcentage ayant une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naissances annuelles[3]		
Années	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
2007	1 075	54	1 129	99,6	100,0	99,7	91,1	105,7	91,8	na	na	na
2006	1 212	55	1 267	99,6	97,7	99,5	98,3	178,6	100,9	na	na	na
2005	977	91	1 068	99,6	100,0	99,6	106,9	121,5	108,1	86,5	113,1	88,3
2004	1 047	106	1 153	99,2	97,2	99,0	105,1	116,4	106,0	108,9	97,8	107,8
2003	946	126	1 072	99,7	95,4	99,2	99,5	147,6	104,2	94,7	107,1	96,0
2002	950	129	1 079	99,3	97,2	99,1	100,5	142,8	104,8	109,2	93,0	107,0
2001	794	151	945	98,8	98,5	98,8	105,9	109,1	106,4	81,4	96,5	83,5
2000	1 001	185	1 186	98,7	97,9	98,6	93,7	120,7	97,5	133,0	131,7	132,8
1999	711	129	841	98,3	95,9	98,0	103,3	111,3	104,5	87,5	68,4	83,9
1998	624	193	817	98,8	96,6	98,3	90,2	124,7	97,4	91,7	142,6	100,2
2003-2007	5 256	433	5 689	99,6	97,7	99,4	99,9	131,1	101,9	na	na	na
1998-2002	4 080	787	4 868	98,8	97,3	98,6	98,6	121,0	101,9	na	na	na
1993-1997	2 971	753	3 724	98,2	95,1	97,5	101,3	103,1	101,7	na	na	na
1988-1992	1 917	564	2 481	97,8	95,6	97,3	102,6	108,9	104,0	na	na	na
<1988	1 503	523	2 026	97,4	94,4	96,6	98,6	114,0	102,3	na	na	na
Ensemble	15 727	3 061	18 788	98,7	96,0	98,2	100,0	114,2	102,2	na	na	na

[1] Année et mois de naissance déclarés.
[2] (Nm/Nf) x100, où Nm est le nombre de naissances masculines et Nf le nombre de naissances féminines.
[3] [2Nx/(Nx-1+Nx+1)]x100, où Nx est le nombre de naissance de l'année x.
na = Non applicable.

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'aprés les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, Rwanda 2007-2008

Âge au décès en jours	Nombre d'années avant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	46	36	42	24	148
1	38	34	34	18	124
2	10	21	6	10	47
3	13	11	10	7	41
4	2	6	1	2	10
5	2	4	6	1	14
6	0	0	2	3	5
7	17	30	17	12	76
8	0	6	3	1	9
9	1	0	1	0	2
10	0	1	0	0	1
12	3	2	2	3	10
14	9	12	10	4	34
15	3	0	1	1	5
17	1	1	0	0	2
18	0	0	1	0	1
20	1	1	2	0	4
21	7	3	4	1	14
22	1	0	0	0	1
24	0	1	0	0	1
25	1	0	1	0	2
27	2	0	0	0	2
28	0	1	1	1	3
30	3	4	4	3	14
ND	0	0	0	0	0
Total 0-30	160	172	148	91	571
Pourcentage néonatal précoce	69,5	64,8	68,5	71,7	68,2

[1] 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, Rwanda 2007-2008

	Nombre d'années avant l'enquête				Total
Âge au décès en mois	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	160	172	148	91	571
1	22	22	22	11	77
2	27	40	31	23	121
3	20	23	19	14	75
4	13	29	20	7	68
5	3	28	10	7	49
6	13	41	26	17	97
7	19	21	24	6	71
8	11	17	23	7	58
9	25	37	33	13	109
10	6	8	5	0	18
11	6	2	5	2	15
12	38	90	52	17	197
13	0	6	3	1	9
14	3	6	6	5	19
15	6	7	3	2	18
16	0	3	2	3	8
17	0	2	4	0	5
18	5	20	18	6	50
19	3	5	0	2	10
20	3	0	3	1	7
21	0	1	1	0	1
22	0	1	1	0	2
23	2	1	2	0	5
Total 0-11	324	440	365	198	1 327
Pourcentage néonatal	49,3	39,2	40,5	46,0	43,0

[1] Y compris les décès survenus à moins d'un mois, déclarés en jours.
[2] Moins d'un mois/moins d'un an.

PERSONNEL DE L'ENQUÊTE



COORDINATEUR NATIONAL

Louis MUNYAKAZI
Yusuf MURANGWA

DIRECTEUR DE L'ENQUETE

Jean Philippe GATARAYIHA
Baudouin A. RUTERANA

DIRECTEUR TECHNIQUE

Alphonse RUKUNDO
Corine KAREMA

AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE TECHNIQUE

Tharcisse MUNYANEZA
Appolinaire MUNYALIBANJE

COORDONNATEUR - ÉQUIPE D'ANALYSE

Jean Philippe GATARAYIHA

AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ANALYSE

Alphonse RUKUNDO
Corine KAREMA
André HABIMANA

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE LECTURE

Emilien NKUSI
Fidele NGABO
Vianney NIZEYIMANA
Claude SEKABARAGA

ENQUÊTE PRINCIPALE

Superviseurs

Alphonse RUKUNDO
Appolinaire MUNYALIBANJE
Emilien NKUSI
Tharcisse MUNYANEZA

Chefs d'équipe et Contrôleuses

Béata AKAYEZU
Egide KABANDAHO
Etienne KWIZERA
Gerard MIGAMBI
Clotilde MUHIMPUNDU
Janvier MUKAMA
Illuminée MUKAMWIZA
Claudine MUKANDORI
Francoise MUKASEKURU
Issa MUSABEMUNGU
Michel MUTANGUHA
Déo Maxim NDAMUKUNDA
Yvette NDENGEYINGOMA
Immaculée NGIRUWONSANGA
Marie Thérese NIYOMWUNGERI
Geofrey NKURUNZIZA
Moise NSENGIMANA
Olive NYIRABAGOYI
Medard RUTAYISIRE
Stella UMUGWANEZA
Rédempta UMUTANGUHA
Hassina UMUTESI
Vestine UWAMAHORO
Nathalie UWAMALIYA
Therese UWANYIRIGIRA
Jeanne Claudine UWERA

Techniciens de laboratoire

Patrick AGAHUNGU
Emmanuel HABYARIMANA
Alida KAMALIZA
Vincent KAYIGIRE
Etienne MPABUKA
Jean de Dieu MUGENZI
Julienne MUKASHEMA
Placide MUNEZA
Claude NGABONZIZA SEMUTO
Venuste NIYONSABA
Felicite NYINAWABALI
Gilberte NYIRABALITONDA
Josianne TUYISENGE

Enquêteurs

Marie Josée BANANEZA
Sarah GAHONGAYIRE
Lucie GAJU
Jacqueline GAKOBWA
Aurélie INGABIRE
Aulea IRANKUNDA
Blandine ISHIMWE
Donata IYATOBOYISARO
Winifred KABEGA
Angelique KABERA
Sandra KAGARAMA
Grace KAMAYUGI
Alice KANEZA
KAYITESI Jeanine
Frida MBABAZI NTWAZA
Asmeen MBUGUJE
Esperance MUGOREWERA
Gaudence MUJAWIMANA
Jeanne d'Arc MUKAGATERA
Josée MUKAGATERA
Dorothée MUKANDEKEZI
Faina MUKANTWARI
Quesie MUKESHIMANA
Genevieve MUKUNDUHIRWE
Christine MUTAMURIZA
Pélagie NIWEMFURA
Josephine NYAMBIBI
Patricie NYIRAMINANI
Justine NYIRAMURAVA
Clémence TUGIRAMAHORO
Alice UGIRINEMA
Livia UMUTONI
Vestine UMWARI
Sabine UWAMBAYIKIREZI
Rachel UWIMANA
Annick UWINEZA
Jeannette UWINEZA
Elyse UWIZEYE

TRAITEMENT DES DONNÉES

Programmeur

Augustin TWAGIRUMUKIZA

Assistant programmeur

Pascal SEMUCYO

Agents de codification et vérification

Omar MURENGEZI
Fides KAYITESI
Illuminée MUKAMWIZA
Sandra KAGARAMA

Agents de saisie

Antoine BAZIZERIMANA
Beata BENIMANA
Vestine KWERERE
Sylvie NIYONGORE
Jeanne UWIMANA

ADMINISTRATION

Didier GAKUBA
Theodore HAKIZIMANA
Malik NTASHAMAJE
Eric BUGINGO
Jean Pierre UWIMANA

SECRETARIAT

Ninette UWIZEYE

CHAUFFERS

Oscar NDAHIMANA
Ramadhan NTARISA
Protais RUTAGARAMA

PERSONNEL DE ICF MACRO

Mohamed AYAD (Coordination)
Rathavuth HONG (Responsable du projet)
Ruilin REN (Sondage)
Harouna KOCHÉ (Traitement des données)
Amadou SOW (Traitement des données)
Sidney MOORE (Edition)
Kaye MITCHELL (Production du Rapport)
Christopher GRAMER (Couverture)
Hannah GUEDENET (Dissémination)

QUESTIONNAIRES

ANNEXE ***E***

ENQUÊTE INTERMMÉDIAIRE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
DU RWANDA
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Institut National de la Statistique du Rwanda

RÉPUBLIQUE DU RWANDA

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ ______________________

NOM DU CHEF DE MÉNAGE ______________________

PROVINCE . . . .

DISTRICT . . . .

NUMÉRO DE GRAPPE . . . .

NUMÉRO DE STRUCTURE . . . .

NUMÉRO DE MÉNAGE . . . .

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)

VILLE DE KIGALI/AUTRE VILLE/RURAL**)** . . . .
(VILLE DE KIGALI=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)

VITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR . . . . MOIS . . . . ANNÉE 2 0 0
NOM DE L'ENQUÊTRICE	______	______	______	N° ENQUÊTRICE.
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT
PROCHAINE: DATE VISITE HEURE	______ ______	______ ______		NOMBRE TOTAL DE VISITES

CODES RÉSULTATS:
1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUSÉ
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE ______________________
(PRÉCISER)

TOTAL DANS LE MÉNAGE

TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES

TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES

N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______________ ☐☐ DATE ______________	NOM ______________ ☐☐ DATE ______________	☐☐	☐☐

CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _________________________ et je travaille pour L'Institut National de la Statistique du Rwanda. Nous effectuons une enquête nationale concernant divers problèmes de santé. Nous souhaiterions que vous paricipiez à cette enquête. L'enquête dure habituellement entre 10 et 15 minutes.

Dans le cadre de cette enquête, nous voudrions tout d'abord vous poser quelques questions sur votre ménage. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles. La participation à cette enquête est totalement volontaire. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante, ou vous pouvez interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espèrons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête ?
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice (eur): ______________________________ Date: ______________________

L'ENQUÊTÉ(E) ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . . 1 L'ENQUÊTÉ(E) REFUSE DE RÉPONDRE . . . . 2 → FIN

TABLEAU DE MÉNAGE

							SI 15 ANS OU PLUS			
N° LIGNE.	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE			ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ		
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LE NOM DES MEMBRES DU MÉNAGE ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE, POSER LES Q2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE. POSER ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5 À 10 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement?	(NOM) a t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM)? SI MOINS D'UN AN INSCRIRE "00" SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE "95"	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM)? 1=MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCER-CLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCER-CLER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
01			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2			01	01	01
02			1 2	1 2	1 2			02	02	02
03			1 2	1 2	1 2			03	03	03
04			1 2	1 2	1 2			04	04	04
05			1 2	1 2	1 2			05	05	05
06			1 2	1 2	1 2			06	06	06
07			1 2	1 2	1 2			07	07	07
08			1 2	1 2	1 2			08	08	08
09			1 2	1 2	1 2			09	09	09
10			1 2	1 2	1 2			10	10	10

CODES POUR Q3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = FEMME OU MARI
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 =PETIT-FILS/FILLE
06 = PÈRE/MÈRE
07= BEAU-PARENT
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = NIÉCE/NEVEU DIRECT
10 = NIÉCE/NEVEU PAR ALLIANCE
11 = AUTRES PARENTS
12 = ADOPTÉ/EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI
13 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

							SI 15 ANS OU PLUS			
N° LIGNE.	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RESIDENCE			ETAT MATRIMONIAL	ELIGIBILITE		
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRES AVOIR LISTÉ LE NOM DES MEMBRES DU MÉNAGE ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE, POSER LES Q2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE. POSER ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5 À 10 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement?	(NOM) a t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM)? SI MOINS D'UN AN INSCRIRE "00" SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE "95"	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM)? 1=MARIE OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCE/ SEPARE 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIE/ N'A JAMAIS VECU AVEC QUELQU'UN	ENCER-CLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCER-CLER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		(8)	(9)	(10)	(11)
			M F	O N	O N					
11			1 2	1 2	1 2			11	11	11
12			1 2	1 2	1 2			12	12	12
13			1 2	1 2	1 2			13	13	13
14			1 2	1 2	1 2			14	14	14
15			1 2	1 2	1 2			15	15	15
16			1 2	1 2	1 2			16	16	16
17			1 2	1 2	1 2			17	17	17
18			1 2	1 2	1 2			18	18	18
19			1 2	1 2	1 2			19	19	19
20			1 2	1 2	1 2			20	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés? OUI ☐ → AJOUTER AU TABLEAU NON ☐

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, employés, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ? OUI ☐ → AJOUTER AU TABLEAU NON ☐

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés? OUI ☐ → AJOUTER TABLEAU NON ☐

CODES POUR Q.3: LIENS AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉN
02 = FEMME OU MA
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 =PETIT-FILS/FILL
06 = PÈRE/MÈRE
07= BEAU-PARENT
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = NIÉCE/NEVEU DIRECT
10 = NIÉCE/NEVEU PAR ALLIANCE
11 = AUTRES PARENTS
12 = ADOPTÉ/EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI
13 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET	
		DANS LOGEMENT 11	→ 203
		DANS COUR 12	→ 103
		FONTAINE PUBLIQUE 13	
		PUITS OUVERT	
		PUITS OUVERT DANS LOGEMENT . 21	→ 103
		PUITS OUVERT COUR/PARCELLE. . 22	→ 103
		PUITS PUBLIC OUVERT 23	
		PUITS COUVERT OU FORAGE	
		PUITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT. 31	→ 22A
		PUITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL. . 32	→ 22A
		PUITS PUBLIC PROTÉGÉ 33	
		EAU DE SURFACE	
		SOURCE 41	
		FLEUVE/RIVIÈRE 42	
		MARE/LAC 43	
		BARRAGE 44	
		EAU DE PLUIE 51	→ 103
		CAMION CITERNE 61	→ 103
		EAU EN BOUTEILLE 71	→ 103
		AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	→ 103
102	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES .... [ ][ ][ ]	
		SUR PLACE 996	
103	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent?	CHASSE D'EAU 11	
		FOSSE/LATRINES	
		AMÉLIORÉES 21	
		RUDIMENTAIRES 22	
		PAS DE TOILETTES /NATURE 31	→ 105
		AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
104	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages?	OUI 1	
		NON 2	
105	Dans votre ménage, y a t-il :	OUI NON	
	L'électricité?	ÉLECTRICITÉ 1 2	
	Une radio?	RADIO 1 2	
	Une télévision?	TÉLÉVISION 1 2	
	Un téléphone fixe?	TÉLÉPHONE FIXE 1 2	
	Un réfrigérateur?	RÉFRIGÉRATEUR 1 2	
106	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine?	ÉLECTRICITÉ 01	
		GAZ BOUTEILLE/GAZ NATUREL ... 02	
		BIOGAZ 03	
		KÉROSÈNE 04	
		CHARBON, LIGNITE, TOURBE 05	
		CHARBON DE BOIS 06	
		BOIS À BRÛLER, PAILLE 07	
		BOUSE 08	
		AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
107	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTER L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE . . . . 11 BOUSE . . . . 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES . . . . 21 PARMIERS/BAMBOUS . . . . 22 MATÉRIAU MODERNE . PARQUET OU BOIS POLI . . . . 31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE . . . 32 CARREAUX . . . . 33 CIMENT . . . . 34 MOQUETTE/CARPET . . . . 35 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER)	
108	Dans votre ménage, y a t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette? Une mobylette ou une motocyclette? Une voiture ou une camionnette? Un téléphone mobile ?	OUI NON BICYCLETTE . . . . 1 2 MOBYLETTE/ MOTOCYCLETTE . . . . . 1 2 VOITURE/CAMIONNETTE . 1 2 TELEPHONE MOBILE 1 2	
108A	Y-a-t-il des membres de votre ménage qui ont une assurance maladie ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 108D
108B	Quel type d'assurance maladie possédez-vous ?	MUTUELLE DE SANTÉ . . . . A RAMA . . . . B MMI . . . . C ASSURANCE PRIVÉE . . . . D AUTRE ____________________ X (PRÉCISER)	B, C, D → 108D X → 108D
108C	Combien de membres de votre ménage adhèrent-ils à la mutuelle de santé ?	TOTAL MEMBRES . . . . . [ ][ ] NO. DES ENFANTS <5 . . . [ ][ ]	
108D	VÉRIFIER: SI LE PROVINCE EST KIGALI [ ] ↓ NON [ ] →		109
108E	Est ce que votre ménage a été pulvérisé entre d'août et octobre de l'année 2007?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 3	
109	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI . . . . 1 NON 2	 → PASSER AU TABLEAU PALUDISME
109a	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il? S'IL Y EN A 7 OU PLUS, ENREGISTREZ '7'	NBR. DE MOUSTIQUAIRES [ ]	

		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
110	DEMANDEZ À L'ENQUÊTE DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DANS LE MÉNAGE.	PERMANET . . . . 1 OLYSET . . . . 2 NSP . . . . 3 PAS OBSERVEE . 4	PERMANET . . . . 1 OLYSET . . . . 2 NSP . . . . 3 PAS OBSERVEE . 4	PERMANET . . . . 1 OLYSET . . . . 2 NSP . . . . 3 PAS OBSERVEE . 4
111	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ? SI C'EST MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU PLUS . . . 96 NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU PLUS . . . 96 NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU PLUS . . . 96 NE SAIT PAS 98
111A	VERIFIER Q. 111 MOUSTIQUAIRE OBTENUE DANS LES 6 MOIS PASSÉS.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PASSER À 112	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PASSER À 112	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PASSER À 112
111B	Où avez-vous obtenu cette moustiquaire ?	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE REF/ DE DISTRICT . 12 C. DE SANTÉ . . . . 13 AUTRE PUBLIC ________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . 21 PHARMACIE . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . 23 INFIRMIÈRE . . . . . 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCES BOUTIQUE/KIOS/ MARCHE . . . . . 31 ÉGLISE . . . . 32 PARENTS/AMIS . . . 33 AUTRE________ 96 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE REF/ DE DISTRICT . 12 C. DE SANTÉ . . . . 13 AUTRE PUBLIC ________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . 21 PHARMACIE . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . 23 INFIRMIÈRE . . . . . 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCES BOUTIQUE/KIOS/ MARCHE . . . . . 31 ÉGLISE . . . . 32 PARENTS/AMIS . . . 33 AUTRE________ 96 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE REF/ DE DISTRICT . 12 C. DE SANTÉ . . . . 13 AUTRE PUBLIC ________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . 21 PHARMACIE . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . 23 INFIRMIÈRE . . . . . 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCES BOUTIQUE/KIOS/ MARCHE . . . . . 31 ÉGLISE . . . . 32 PARENTS/AMIS . . . 33 AUTRE________ 96 (PRÉCISER)
111BB	Comment avez-vous obtenu cette moustiquaire ?	PENDENT LA CAMP-AIGN DE LA VACCINATION . 1 PENDENT LA CAMP-AIGN DE LA VACCINATION SPECIAL . . . . . 2 PENDENT LES VISITS 3 MAGASIN . . . . 4 VOLONTAIRE DU PROGRAM PNLP . 5 OTHER ________ 6 (SPECIFY) NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407)	PENDENT LA CAMP-AIGN DE LA VACCINATION . 1 PENDENT LA CAMP-AIGN DE LA VACCINATION SPECIAL . . . . . 2 PENDENT LES VISITS 3 MAGASIN . . . . 4 VOLONTAIRE DU PROGRAM PNLP . 5 OTHER ________ 6 (SPECIFY) NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435)	PENDENT LA CAMP-AIGN DE LA VACCINATION . 1 PENDENT LA CAMP-AIGN DE LA VACCINATION SPECIAL . . . . . 2 PENDENT LES VISITS 3 MAGASIN . . . . 4 VOLONTAIRE DU PROGRAM PNLP . 5 OTHER ________ 6 (SPECIFY) NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435)
111C	A combien avez-vous acheté cette moustiquaire ?	PRIX [ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 9996 NE SAIT PAS . . . 9998	PRIX [ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 9996 NE SAIT PAS . . . 9998	PRIX [ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 9996 NE SAIT PAS . . . 9998

		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
112	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	**PERMANENT** TUZANET ..... 1 MAMANET ..... 2 **IMPRÉGNÉE** ORGINE .... 3 AUTRE .... 4 NSP/PAS SURE . 5	**PERMANENT** TUZANET ..... 1 MAMANET ..... 2 **IMPRÉGNÉE** ORGINE .... 3 AUTRE .... 4 NSP/PAS SURE . 5	**PERMANENT** TUZANET ..... 1 MAMANET ..... 2 **IMPRÉGNÉE** ORGINE .... 3 AUTRE .... 4 NSP/PAS SURE . 5
112D	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire?	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8
112D	Est-ce que, la nuit d'avant dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire?	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8
112E	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE À PARTIR TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ]	NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ]	NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ] NOM ______ No. DE LIGNE [ ][ ]
112F		RETOURNEZ À Q. 111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER ÀU TABLEAU PALUDISM	RETOURNEZ À Q. 111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER ÀU TABLEAU PALUDISM	RETOURNEZ À Q. 111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER ÀU TABLEAU PALUDISM

TABLEAU DU DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR ENFANTS

• DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE ET LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR LES ENFANTS

Dans cette enquête, nous voulons mesurer le niveau de l'anémie et de parasitémie chez les femmes et les enfants moins de 6 ans. Le Paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité au Rwanda , affectant plus particulierement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. L'anémie est un problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre et qui peut etre causé par le paludisme. Les résultats de cette enquête permettront

Nous demandons que tous les enfants nés en 2000 ou après participent au test de parasitémie et d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois). Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments neufs, stériles et non réutilisables. Les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang et ensuite gardés toujours confidentiels. Pour tous les enfants chez qui le test de diagnostic du Paludisme sera positif, seront traités gratuitement selon la politique nationale de traitement. Les enfants avec anémie sévère seront transférés dans les centres de santé pour une prise en charge gratuite.

Avez-vous des questions ?

Maintenant, acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent à ces tests?

PASSER À LA COLONNE (113) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

DIAGNOSTIC DU PALUDISME DES ENFANTS NÉS EN 2002 OU APRÈS

N⁰ DE LIGNE. DE LA COL.(11)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de la naissance de (NOM)?*	N⁰ DE LIGNE PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE**	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	RÉSULTAT DU TEST RAPIDE	RESULTAT 1. TEST RAPIDE 2. GOUTTE ÉPAISSE 3. ABSENT 4. REFUSÉ 5. PROB TECH 6. AUTRE (PRÉCISER)	ETIQUETTES À CHIFFRES ALÉATOIRES COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI COLLER LA 2e SUR LE TEST RAPIDE COLLER LA 3e SUR La LAME
113	114	115	116	117	118	119	120	121
__ __		__ __	JOUR __ __ MOIS __ __ ANNÉE __ __ __ __	__ __	ACCORDÉ 1 → SIGNER_________ REFUSÉ OU NON LU 2 → PASSER À 120	POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	__ __ ________	COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER_________ 2 → PASSER À 120	POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	__ __ ________	COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER_________ 2 → PASSER À 120	POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	__ __ ________	COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER_________ 2 → PASSER À 120	POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	__ __ ________	COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER_________ 2 → PASSER À 120	POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	__ __ ________	COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI

*POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE. POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.

** ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE

TABLEAU DU DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR FEMMES

• DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE ET LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR LES FEMMES

Dans cette enquête, nous voulons mesurer le niveau de l'anémie et de parasitémie chez les femmes et les enfants moins de 6 ans. Le Paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité au Rwanda , affectant plus particulierement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. L'anémie est un problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre et qui peut etre causé par le paludisme. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter le Paludisme et l'anémie.
Avez-vous des questions ?
Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ces tests ?
SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE:
Maintenant, acceptiez- vous que (NOM DU JEUNE) participe à ces tests?
PASSER À LA COLONNE (122) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

N0 DE LIGNE. DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	VÈRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (123)	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	RÉSULTAT DU TEST RAPIDE	FEMMES ACTUELLEMENT ENCEINTE	RESULTAT 1. TEST RAPIDE 2. GOUTTE ÉPAISSE 3. ABSENTE 4. REFUSÉ 5. PROB TECH 6. AUTRE (PRÉCISER)	ETIQUETTES À CHIFFRES ALÉATOIRES COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI COLLER LA 2e SUR LE TEST RAPIDE COLLER LA 3e SUR La LAME
122	123	124	125	126	127	128	129	130	131
			ÂGE 15-17 / ÂGE 18+ 1 / 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	SI 127 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 130 **POSITIF** 1 **NÉGATIF** 2 2 **INDÉTERMINÉ** 3	OUI…………… 1 NON…………. 2 NSP…………. 3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
			1 / 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	SI 127 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 130 **POSITIF** 1 **NÉGATIF** 2 2 **INDÉTERMINÉ** 3	OUI…………… 1 NON…………. 2 NSP…………. 3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
			1 / 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	SI 127 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 130 **POSITIF** 1 **NÉGATIF** 2 2 **INDÉTERMINÉ** 3	OUI…………… 1 NON…………. 2 NSP…………. 3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
			1 / 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	SI 127 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 130 **POSITIF** 1 **NÉGATIF** 2 2 **INDÉTERMINÉ** 3	OUI…………… 1 NON…………. 2 NSP…………. 3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
			1 / 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	ACCORDÉ…… 1 REFUSÉ……… 2 PAS LU………. 3 SIGNER ________	SI 127 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 130 **POSITIF** 1 **NÉGATIF** 2 2 **INDÉTERMINÉ** 3	OUI…………… 1 NON…………. 2 NSP…………. 3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI

TABLEAU D'HÉMOGLOBINE POUR ENFANTS

PASSÉ À LA COLONNE (132) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

MESURÉ DE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 2002 OU APRÈS

N° DE LIGNE. DE LA COL.(11)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de la naissance de (NOM)?*	N° DE LIGNE PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE**	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	RESULTAT 1. MESURÉ 2. ABSENT 3. REFUSÉ 4. PROB TECH 5. AUTRE (PRÉCISER)
132	133	134	135	136	137	138	139
__ __		__ __	JOUR __ __ MOIS __ __ ANNÉE __ __ __ __	__ __	ACCORDÉ 1 → SIGNER__________ REFUSÉ OU NON LU 2 → PASSER À 139	__ __ . __	__ __________
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER__________ 2 → PASSER À 139	__ __ . __	__ __________
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER__________ 2 → PASSER À 139	__ __ . __	__ __________
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER__________ 2 → PASSER À 139	__ __ . __	__ __________
__ __		__ __	__ __ __ __ __ __ __ __	__ __	1 → SIGNER__________ 2 → PASSER À 139	__ __ . __	__ __________

*POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE.
POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.
** ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTE DANS LE QUESTIONNAIRE MENAG

TABLEAU D'HÉMOGLOBINE POUR FEMMES

PASSÉ À LA COLONNE (140) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

N⁰ DE LIGNE. DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	VÈRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (123)	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	FEMMES ACTUELLEMENT ENCEINTE	RESULTAT 1. MESURÉ 2. ABSENT 3. REFUSÉ 4. PROB TECH 5. AUTRE (PRÉCISER)
140	141	142	143	144	145	146	147	148
☐☐		☐☐	ÂGE 15-17 ÂGE 18+ 1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148 ☐☐.☐	OUI.............. 1 NON............. 2 NSP............. 3	☐ ______
☐☐		☐☐	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148 ☐☐.☐	OUI.............. 1 NON............. 2 NSP............. 3	☐ ______
☐☐		☐☐	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148 ☐☐.☐	OUI.............. 1 NON............. 2 NSP............. 3	☐ ______
☐☐		☐☐	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148 ☐☐.☐	OUI.............. 1 NON............. 2 NSP............. 3	☐ ______
☐☐		☐☐	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	ACCORDÉ...... 1 REFUSÉ......... 2 PAS LU.......... 3 SIGNER ______	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148 ☐☐.☐	OUI.............. 1 NON............. 2 NSP............. 3	☐ ______

149	VERIFIER LES QUESTIONS 46 (POUR LES ENFANTS) ET 56/57 (POUR LES ADULTES) : NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE : MOINS DE **7G/DL** POUR LES ENFANTS, POUR LES HOMMES, ET POUR LES FEMMES QUI NE SONT PAS ENCEINTES (OU QUI NE SAVENT PAS SI ELLES SONT ENCEINTES) ; MOINS DE **9G/DL** POUR LES FEMMES ENCEINTES. UNE OU PLUS ☐ → DONNER À CHAQUE ADULTE OU ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET LIRE LA DECLARATION CI-DESSOUS (Q. 150) À LA PERSONNE AVEC FAIBLE NIVEAU D'HEMOGLOBINE. AUCUNE ☐ → DONNER À L'ADULTE/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.
150	Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous vous recommandons de vous rendre dans un centre de santé dès que possible pour être examiné et obtenir un traitement. DONNEZ-LEUR LA FICHE DE REFERENCE POUR L'ANÉMIE.

ENQUÊTE INTERMMÉDIAIRE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
DU RWANDA
QUESTIONNAIRE FEMME

Institut National de la Statistique du Rwanda

RÉPUBLIQUE DU RWANDA

IDENTIFICATION

NOM DU VILLAGE ______________________

NOM DU CHEF DE MÉNAGE ______________________

PROVINCE . . . . [ ][ ]

DISTRICT . . . . [ ][ ]

NUMÉRO DE GRAPPE . . . . [ ][ ][ ]

NUMÉRO DE STRUCTURE . . . . [ ][ ][ ]

NUMÉRO DE MÉNAGE . . . . [ ][ ]

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) [ ]

VILLE DE KIGALI/AUTRE VILLE/RURAL) . . . . [ ]
(VILLE DE KIGALI=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME ______________________ [ ][ ]

VISITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE NOM DE L'ENQUÊTRICE RÉSULTAT*	______ ______ ______	______ ______ ______	______ ______ ______	JOUR . . . . [ ][ ] MOIS . . . . [ ][ ] ANNÉE [2][0][0][ ] N° ENQUÊTRICE. [ ][ ] RÉSULTAT [ ]
PROCHAINE: DATE VISITE HEURE	______ ______	______ ______		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]

*CODES RÉSULTAT
1 REMPLI
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE ______________________ (PRÉCISER)

LANGUE DE L'INTERVIEW
KINYARWANDA 1
AUTRE LANGUE ______________________ 2
(PRÉCISER)
INTERPRÈTE
OUI 1
NON 2

CHEF D''EQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______ DATE ______ [ ][ ]	NOM ______ DATE ______ [ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____________________________ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique du Rwanda. Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes et aux hommes sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Cette enquête dure généralement entre 10 et15 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.
La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous. Je dois ajouter probablement quelqu'un de notre service va retourner chez vous pour vous demander les questions supplémentaires sur la santé des enfants.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice ______________________ Date: ______________

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . . 1 ↓ L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE . . . 2 → FIN

100	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE . . . . [ ][ ] MINUTES. . . . . [ ][ ]	
101	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS . . . . [ ][ ] NE CONNAîT PAS LE MOIS . . . . . . 98 ANNÉE . . . . [ ][ ][ ][ ] NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
102	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 101 ET/OU 102 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	
103	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 106
104	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE . . . . 1 SECONDAIRE . . . . 2 SUPÉRIEUR 3	
105	Quelle est l'année/classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau?	ANNÉE/CLASSE . . . . [ ][ ]	
106	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE . . . . 1 PROTESTANT . . . . 2 ADVENTISTE . . . . 3 MUSULMAN . . . . 4 RELIGION TRADITIONNELLE . . . . 5 AUTRE ______________ 6 (PRÉCISER) AUCUNE 7	
107	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous êtiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE . . . . 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME . . . . 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 110 (1, 2)
108	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE . . . . 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME . . . . 2 NON 3	 → 201
109	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE . . . . 1 DIVORCÉE . . . . 2 SÉPARÉE 3	→ 201 (1, 2, 3)
110	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE . . . . 1 VIT AILLEURS 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants?	OUI . . . . . . 1 NON 2	 → 206
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI . . . . . . 1 NON 2	 → 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON . . . . [ ][ ] FILLES À LA MAISON . . . . . [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI . . . . . . 1 NON 2	 → 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS . . . . [ ][ ] FILLES AILLEURS . . . . [ ][ ]	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun bébé qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI . . . . . . 1 NON 2	 → 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . . [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES . . . . [ ][ ]	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL . . . . [ ][ ]	
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS [ ] ↓ AUCUNE [ ]		→ 225

211	Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1ère que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. NOTER LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN (DES) QUESTIONAIRE SUPPLÉMENTAIRE),EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.								
212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	213 (NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	214 Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER E N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? y compris des enfants décédés après la naissance?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (NAISS.SUIV.)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI .. 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER E N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? y compris des enfants décédés après la naissance?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI . . 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI . . . 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI . . 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI . . . 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI . . 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI . . . 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI . . 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI . . . 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI . . 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI . . . 1 NON 2	N° LIGNE (PASSER 221)	JOURS . . 1 MOIS . . . 2 ANNÉES . 3	OUI 1 AJOUTER NAISS. NON 2 NAISS. SUIVANTE

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSISTEZ ET CORRIGEZ SUR LE TABLEAU DE NAISSANCE	OUI . . . . 1 NON 2
223	COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX ☐ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ☐ → (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE ☐ POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2002 : LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE SONT ENREGISTRÉS ☐ POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ ☐ POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ: L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ ☐	
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. ALLER A 225	☐

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES	PASSER À
225	Êtes-vous actuellement enceinte?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PAS SÛRE 8	 → 301
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS . . . . [ ][ ]	

301	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER: Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)? ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. CONTINUER ENSUITE LA COLONNE 301, EN LISANT LE NOM ET DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE 1 NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE ENCERCLÉ À 301, POSER 302.		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI . . . . 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	Avez-vous eu un partenaire qui a eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer, par un médecin ou une infirmière, sous la peau du haut du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
09	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
10	RYTHME Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a le plus de chance de tomber enceinte	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
11	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
12	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules spéciales à n'importe quel moment dans les cinq jours qui suivent des rapports sexuels non protégés , pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
13	METHODES DES JOURS FIXES (MJF), UTILISANT LE COLLIER. La femme peut également connaître les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte en utilisant un collier et un calendrier.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
16	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . 1 __________ (PRÉCISER) __________ (PRÉCISER) NON 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 OUI . . . . 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL "OUI" (N'A JAMAIS UTILISÉ) ☐ ↓ AU MOINS UN "OUI" (A DÉJÀ UTILISÉ) ☐ → 306		

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 306
305	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
306	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE ☐ ↓ FEMME STÉRILISÉE ☐ →		309A
307	VÉRIFIER 225: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ↓ ENCEINTE ☐ →		314
308	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 314
309 309A	Quelle méthode utilisez-vous actuellement? ENTOURER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE ENTOURER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE	STÉRILISATION FÉMININE . . . . A STÉRILISATION MASCULINE . . . . B PILULE . . . . C DIU . . . . D INJECTIONS . . . . E IMPLANTS . . . . F CONDOM . . . . G CONDOM FÉMININ . . . . H MAMA . . . . I RYTHME . . . . J RETRAIT . . . . K PILULE DE LENDEMAIN . . . . I MJF/COLI . . . . M MOUSSE/GELÉE . . . . N DIAPHRAGME . . . . O AUTRE ______ X (PRÉCISER)	C à X → 311
310	Dans quel établissement a eu lieu la stérilisation? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ______ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE REFERENCE . . 11 HÔPITAL DE DISTRICT . . . . 12 CENTRE DE SANTÉ . . . . 13 AUTRE PUBLIC ______ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . 21 MÉDECIN PRIVÉ . . . . 23 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ 26 (PRÉCISER) AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
311	VÉRIFIER 309/309A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 309/309A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	AUCUN CODE ENCERCLÉ . . . . 00 STÉRILISATION FÉMININE . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . . 02 PILULE . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECTIONS . . . . 05 IMPLANTS . . . . 06 CONDOM . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . 08 MAMA . . . . 09 RYTHME . . . . 10 RETRAIT . . . . 11 PILULE DE LENDEMAIN . . . . . 12 MJF/COLI . . . . 13 GELÉE/M . . . . 14 DIAPHRAGME . . . . 15 AUTRE MÉTHODE 16	→ 313 (00) → 313 (01) → 313 (02) → 312A (09) → 312A (10) → 313 (11) → 313 (16)
312	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÈRENCE . . . . . . 11 HÔPITAL DE DISTRICT . . . . 12 CENTRE DE SANTÉ . . . . 13 ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . 14 AUTRE PUBLIC ________________ 16 (PRÉCISER)	
312A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de la MAMA/ rythme? SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ________________________________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . 21 PHARMACIE . . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . . . . 23 CLINIQUE ARBEF . . . . 24 INFIRMIÈRE . . . . 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE . . . . 31 ÉGLISE . . . . 32 AMIS /PARENTS . . . . 33 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
313	VÉRIFIER 309/309A: NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ↓ LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐ → 325		→ 325
314	VÉRIFIER 225 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/ autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants ? ENCEINTE ☐ ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT . . . 1 PAS D'AUTRE/AUCUN . . . . 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE . . . . 4 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE . . 5	→ 316 (2) → 325 (3) → 321 (4) → 320 (5)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
315	VÉRIFIER 225 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ↓ — ENCEINTE ☐ ↓ (PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant ? (ENCEINTE) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS . . . . 1 [ ][ ] ANNÉES . . . . 2 [ ][ ] BIENTÔT/MAINTENANT . . . . 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE. . .994 APRÈS MARIAGE . . . . 995 AUTRE ________________________ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	 993 → 320 994 → 325 995, 996, 998 → 320
316	VÉRIFIER 225 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ↓ — ENCEINTE ☐ → 321		321
317	VÉRIFIER 308 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? NON POSÉE ☐ ↓ — N'UTILISE PAS ACTUEL-LEMENT ☐ ↓ — UTILISE ACTUELLEMENT ☐ → 325		325
318	VÉRIFIER 315: PAS POSÉE ☐ ↓ — 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS ☐ ↓ — 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE ☐ → 321		321
319	VÉRIFIER 314 : VEUT UN/UN AUTRE ENFANT ☐ ↓ — NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT ☐ ↓ (VEUT UN/UN AUTRE ENFANT) Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode? Y-a t-il une autre raison ? (NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT) Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode? Y-a t-il une autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	NON MARIÉE . . . . A RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS . . . B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS . . C MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . . E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . F ALLAITEMENT . . . . G FATALISTE . . . . H OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . . . J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . K INTERDITS RELIGIEUX . . . . L MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . M CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . N RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . . . Q TROP CHER . . . . R PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . S INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . . . T AUTRE ________________________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . Z	

N^O	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
320	VÉRIFIER 308 UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? PAS POSÉE ☐ ↓ NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ ↓ OUI, UTILISE ACTUELLEMENT ☐ → 325		325
321	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 → 323 → 323
322	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . 02 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 MAMA . . . . . 09 RYTHME . . . . . 10 RETRAIT . . . . . 11 PILULE DE LENDEMAIN . . . . . 12 MJF/COLLIER . . . . . 13 GELÉE/MOUSSE . . . . . 14 DIAPHRAGME . . . . . 15 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	01–96 → 325
323	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans le futur?	NON MARIÉE . . . . . 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS . . . . 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . . 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE . . . . . 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . . 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER . . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . 55 INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . 56 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	22–98 → 325
324	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
325	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS VIVANTS ☐ / N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS ☐ A DES ENFANTS VIVANTS : Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN . . . . 00 NOMBRE . . . . [ ][ ] AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	00 → 401 96 → 401
326	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	

401	VÉRIFIER 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2002 OU PLUS TARD ☐ PAS DE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD ☐ → ALLEZ À 574			
402	VÉRIFIER 215: INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y EN A PLUS DE 3, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE ☐☐	AVANT-DERNIÈRE NAISS. N° DE LIGNE ☐☐	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE ☐☐
404	SELON Q.212 ET Q. 216	NOM ________________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐	NOM ________________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐	NOM ________________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous (ne plus) avoir d'enfant ?	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 407) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 435) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 435) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435)
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS . . . . .1 ☐☐ ANNÉES . .2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998	MOIS . . . .1 ☐☐ ANNÉES . .2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998	MOIS . . . . .1 ☐☐ ANNÉES . .2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN . . . . A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASSISTANT MÉDICAL . . . . B AUTRE PERSONNE ACC. TRADITION. FORMÉE. C ACC. TRADITION. NON FORMÉE . D AUTRE__________ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . Y (PASSER À 414)		

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
408	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse? Un autre endroit? INSISTER POUR DÉTERMINER LE/LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODES APPROPRIÉS. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ________ (NOM DE L'ENDROIT)	MAISON VOTRE MAISON . . A AUTRE MAISON . . B SECTEUR PUBLIC HÔP. D'ÉTAT . . . . C C. DE SANTÉ . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F MÉDECIN PRIVÉ . G CLINIQUE ARBEI . H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ J (PRÉCISER) AUTRE ________ X (PRÉCISER)		
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98		
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?	NOMBRE DE FOIS . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98		
411	Est-ce qu'au cours des visites prénatales pour cette grossesse, vous avez effectué, au moins une fois, les examens suivants? Vous-a-t-on pesée ? Vous-a-t-on pris la tension ? Vous a t-on prélevé de l'urine? vous a t-on prélevé du sang?	OUI NON POIDS . . . 1 2 TENSION . . . . 1 2 URINE . . . . 1 2 SANG 1 2		
412	Au cours de ces consultations prénatales, est-ce qu'on vous a parlé des signes de complication de la grossesse?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 414) NE SAIT PAS 8		
413	Est-ce qu'on vous a dit où aller si vous aviez l'une de ces complications?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 417) NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NBRE DE FOIS . . . . [ ] NE SAIT PAS . . . 8		
416	VÉRIFIER 415:	2 FOIS OU PLUS [ ] (PASSER À 421) AUTRE [ ]		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
417	Est-ce qu'à n'importe quel moment avant cette grossesse, on vous a fait des injections contre le tétanos, soit pour vous protéger vous-même soit pour protéger un autre bébé?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 421) NE SAIT PAS 8		
418	Avant cette grossesse, combien avez-vous reçu d'autres injections contre le tétanos? SI 7 OU PLUS, INSCRIRE '7'.	NBRE INJECTIONS . . [ ] NE SAIT PAS . . . 8		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTRER COMPRIMÉS/SIROP	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 423) NE SAIT PAS 8		
422	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés ou ce sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS . [ ][ ][ ] NE SAIT PAS . . . 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour y voir à la lumière du jour ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
425	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL] ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
425A	Durant cette grossesse, avez-vous eu la fièvre?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 426) NE SAIT PAS 8		
425B	De quelle trimestre avez-vous eu la fièvre?	PREMIÈRE . . . . 1 DEUXIÈME . . . . 2 TROIXIÈME . . . . 3 NE SAIT PAS 8		
426	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 435) NE SAIT PAS 8		
427	Quel médicament avez-vous pris? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MEDI-CAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ MONTRER DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR . . . . . A QUARTEM . . . . B QUININE . . . . C AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS. . . . . . . Z		
428	VÉRIFIER 427: TYPE D'ANTIPALUDÉENS PRIS À TITRE PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE.	CODE 'A' ENCERCLÉ [ ] CODE 'A' NON ENCERCLÉ [ ] (PASSER À 435)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
429	Combien de fois avez-vous pris du (SP/Fansidar) durant cette grossesse?	FOIS . . . . . [ ][ ]		
430	VÉRIFIER 407: SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE	CODE 'A', B' OU 'C' ENCERCLÉ [ ] AUTRE [ ] (PASSER À 435)		
431	Est-ce qu'on vous a donné du (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans une formation sanitaire ou dans un autre endroit?	VISITE PRÉNATALE . . 1 AUTRE VISITE MÉDICALE .. 2 AUTRE ENDROIT 6		
435	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR DÉTERMINER SI AUCUN N'ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. SANTÉ MÉDECIN . . . . . A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . B SAGE -FEMME AUXILIAIRE . . C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . D PARENTS/AMIS . . E AUTRE ________ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . Y	PROF. SANTÉ MÉDECIN . . . . . A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . B SAGE -FEMME AUXILIAIRE . . C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . D PARENTS/AMIS . . E AUTRE ________ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . Y	PROF. SANTÉ MÉDECIN . . . . . A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . B SAGE -FEMME AUXILIAIRE . . C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . D PARENTS/AMIS . . E AUTRE ________ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . Y
436	Où avez-vous accouché de (NOM)? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ , INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT ________ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE . 11 (PASSER À 460) AUTRE DOMICILE . 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉ 21 HÔPITAL DU DISTRICT . . . . . 22 CENTRE DE SANTÉ . . . . 23 AUTRE PUBLIC ________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CLINIQUE/ PRIVÉ . . . . 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 460)	DOMICILE VOTRE DOMICILE . 11 (PASSER À 460) AUTRE DOMICILE . 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉ 21 HÔPITAL DU DISTRICT . . . . . 22 CENTRE DE SANTÉ . . . . 23 AUTRE PUBLIC ________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CLINIQUE/ PRIVÉ . . . . 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 460)	DOMICILE VOTRE DOMICILE . 11 (PASSER À 460) AUTRE DOMICILE . 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉ 21 HÔPITAL DU DISTRICT . . . . . 22 CENTRE DE SANTÉ . . . . 23 AUTRE PUBLIC ________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CLINIQUE/ PRIVÉ . . . . 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 460)
437	Est-ce la mutuelle qui a payé de votre accouchement de (NOM) ?	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2
460	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 501)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 501)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 501)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
461	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT . . 000 HOURS 1 [ ][ ] JOURS 2 [ ][ ]		
462	Dans les 3 jours qui ont suivi sa naissance, est-ce que (NOM) a bu autre chose que le lait maternel?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 464)		
463	Qu'a-t-on donné à boire à (NOM)? Rien d'autre? ENREGISTRER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL . A EAU . . . . B EAU SUCRÉE / EAU GLUCOSÉE . . . . . C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . E JUS DE FRUIT . . . . . F PRÉPARATION POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/INFUSIONS . . . H MIEL . . . . I AUTRE ________ X (PRÉCISER)		
464	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 466)		
465	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI . . . . 1 (PASSER À 501) NON 2		
466	Pendant combien de mois avez-vois allaité (NOM)?	MOIS. . . . . . . [ ][ ] ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS . . . 98	MOIS. . . . . . . [ ][ ] ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS . . . 98	MOIS. . . . . . . [ ][ ] ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS . . . 98

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS

501	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
502	N^{O} DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N^{O} DE LIGNE . . . . [ ][ ]	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N^{O} DE LIGNE . . . . [ ][ ]	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N^{O} DE LIGNE . . . . [ ][ ]
503	DE 212 ET 216	NOM ____________ VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	NOM ____________ VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	NOM ____________ VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] (ALLER À 503 AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION. OU SI PLUS DE NAISS. ALLER À 573)
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plait?	OUI, VU . . . . 1 (PASSER À 506) OUI, PAS VU . . . . 2 (PASSER À 508) PAS DE CARNET 3	OUI, VU . . . . 1 (PASSER À 506) OUI, PAS VU . . . . 2 (PASSER À 508) PAS DE CARNET 3	OUI, VU . . . . 1 (PASSER À 506) OUI, PAS VU . . . . 2 (PASSER À 508) PAS DE CARNET . . . .
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI . . . . 1 (PASSER À 508) NON 2	OUI . . . . 1 (PASSER À 508) NON 2	OUI . . . . 1 (PASSER À 508) NON 2

506
(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.
(2) NOTER '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.
(3) SI PLUS DE DEUX DOSES DE VITAMINE 'A', ENREGISTRER LES DATES POUR LA DERNIÈRE ET AVANT-DERNIÈRE DOSES.

	DERNIÈRE NAISSANCE				AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE				AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
	JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (À LA NAISSANCE)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTcoq/Pentavalent 1				D1				D1			
DTcoq/Pentavalent 2				D2				D2			
DTcoq/Pentavalent 3				D3				D3			
ROUGEOLE/RRO				ROU				ROU			
VITAMINE A (la plus récente)				VIT A				VIT A			
VITAMINE A (avant la plus récente)				VIT A				VIT A			

N^O	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
507	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE Dtcoq/ Pentavalent ET/OU LA RRO/ ROUGEOLE.	OUI . . . . 1 (INSISTER SUR LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) NON . . . . 2 (PASSER À 512) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 (INSISTER SUR LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) NON . . . . 2 (PASSER À 512) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 (INSISTER SUR LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) NON . . . . 2 (PASSER À 512) NE SAIT PAS 8
508	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 512) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 512) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 512) NE SAIT PAS 8
509	Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants.			
509A	Le vaccin du BCG contre la tuber-culose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
509B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 509E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 509E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 509E) NE SAIT PAS 8
509C	Le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné dans les deux premières semaines après la naissance ou plus tard?	DEUX 1ere SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1ere SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1ere SEMAINES 1 PLUS TARD 2
509D	Combien de fois le vaccin de la polio a t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS	NOMBRE DE FOIS	NOMBRE DE FOIS . . . . .
509E	Le vaccin du Dtcoq/Pentavalent, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 509G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 509G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 509G) NE SAIT PAS 8
509F	Combien de fois le vaccin du DTcoq a t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS . . . . NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . NE SAIT PAS 8
509G	Une vaccination contre la rougeole ou la RRO, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard pour lui éviter d'avoir la rougeole?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
512	VÉRIFIER 506: DATE INSCRITE POUR DOSE DE VITAMINE A	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A AUTRE (PASSER À 514)	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT.A AUTRE (PASSER À 514)	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT.A AUTRE (PASSER À 514)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ______	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
513	D'après son carnet de santé, (NOM) a reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci) en (MOIS ET ANNÉE DE LA DOSE LA PLUS RÉCENTE SELON LE CARNET). Est-ce que (NOM) a reçu une autre dose de vitamine A depuis? MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROP.	OUI . . . . 1 (PASSER À 515) NON . . . . 2 (PASSER À 516) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 (PASSER À 515) NON . . . . 2 (PASSER À 516) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 (PASSER À 515) NON . . . . 2 (PASSER À 516) NE SAIT PAS 8
514	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci)? MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROPS.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 516) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 516) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 516) NE SAIT PAS 8
515	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A au cours des six derniers mois?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
516	Au cours des sept derniers jours est-ce que (NOM) a pris des comprimés de fer, des granules, du sirop contenant du fer (comme celui(ceux)-ci)? MONTRER TYPES COURANTS DE COMPRIMÉ, GRANULE, SIROP	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
517	Au cours des six derniers mois, est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre les vers intestinaux?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
518	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 533) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 533) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 533) NE SAIT PAS 8
519	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8

N^{O}	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
520	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) durant sa diarrhée, y compris le lait maternel Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITE . . . . 3 PLUS . . . . 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITE . . . . 3 PLUS . . . . 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITE . . . . 3 PLUS . . . . 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
521	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui avez-vous donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui avez-vous rien donné à manger? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . 3 PLUS . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . . . . . . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . 3 PLUS . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . . . . . . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . 3 PLUS . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . . . . . . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8
522	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 527)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 527)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 527)
523	Où avez-vous recherché un conseil ou un traitementt? Quelque part ailleurs? INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F PHARMACIE . . . G MÉDECIN PRIVÉ . H CLINIQUE ARBEF I INFIRMIÈRE J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________ K (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. L GUÉRISSEUR TRA M AUTRE ________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F PHARMACIE . . . G MÉDECIN PRIVÉ . H CLINIQUE ARBEF I INFIRMIÈRE J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________ K (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. L GUÉRISSEUR TRA M AUTRE ________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F PHARMACIE . . . G MÉDECIN PRIVÉ . H CLINIQUE ARBEF I INFIRMIÈRE J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ________ K (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. L GUÉRISSEUR TRA M AUTRE ________ X (PRÉCISER)
524	VÉRIFIER 523:	2 CODES OU PLUS ENCER-CLÉS ☐ UN SEUL CODE ENCER-CLÉ ☐ (PASSER À 526)	2 CODES OU PLUS ENCER-CLÉS ☐ UN SEUL CODE ENCER-CLÉ ☐ (PASSER À 526)	2 CODES OU PLUS ENCER-CLÉS ☐ UN SEUL CODE ENCER-CLÉ ☐ (PASSER À 526)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
525	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement? UTILISER LES CODES Q. 523.	1er ENDROIT . . . . . . [ ]	1er ENDROIT . . . . . . [ ]	1er ENDROIT . . . . . . [ ]
526	Combien de jours après le début de la diarrhée, avez-vous commencé à rechercher des conseils ou un traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS . . . . . [ ][ ]	JOURS . . . . . [ ][ ]	JOURS . . . . . [ ][ ]
527	(NOM) a-t-il encore la diarrhée, en ce moment?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
528	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire depuis qu'il/elle a la diarrhée?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] ?	LIQUIDE SACHET SRO . . 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO . . 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO . . 1 2 8
	b) Liquide SRO en sachet préconditionné	SRO LIQUIDE . . 1 2 8	SRO LIQUIDE . . 1 2 8	SRO LIQUIDE . . 1 2 8
	c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	LIQUIDE MAISON . . 1 2 8	LIQUIDE MAISON . . 1 2 8	LIQUIDE MAISON . . 1 2 8
529	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 533)← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 533)← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 533)← NE SAIT PAS 8
530	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE . . . A ANTIMOTILITE . B ZINC . . . . C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) . . . . D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU . . . E INJECTION ANTIBIOTIQUE . . . F PAS ANTIBIOT. . G INJECTION INCONNUE . . . H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICI-NALES . . . . J AUTRE ________ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE . . . A ANTIMOTILITE . B ZINC . . . . C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) . . . . D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU . . . E INJECTION ANTIBIOTIQUE . . . F PAS ANTIBIOT. . G INJECTION INCONNUE . . . H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICI-NALES . . . . J AUTRE ________ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE . . . A ANTIMOTILITE . B ZINC . . . . C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) . . . . D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU . . . E INJECTION ANTIBIOTIQUE . . . F PAS ANTIBIOT. . G INJECTION INCONNUE . . . H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICI-NALES . . . . J AUTRE ________ X (PRÉCISER)
531	VÉRIFIER 530: A T-ON DONNÉ DU ZINC?	CODE "C" ENCERCLÉ [ ] ↓ CODE "C" NON ENCERCLÉ [ ] (PASSER À 533)←	CODE "C" ENCERCLÉ [ ] ↓ CODE "C" NON ENCERCLÉ [ ] (PASSER À 533)←	CODE "C" ENCERCLÉ [ ] ↓ CODE "C" NON ENCERCLÉ [ ] (PASSER À 533)←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
532	Combien de fois a t-on donné du zinc à (NOM)?	FOIS ..... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	FOIS ..... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	FOIS ..... [ ][ ] NE SAIT PAS 98
533	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre au cours des deux dernières semaines?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
534	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux au cours des deux dernières semaines?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 537) NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 537) NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 537) NE SAIT PAS 8
535	Quand (NOM) était malade avec de la toux respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 538) NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 538) NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 538) NE SAIT PAS 8
536	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait.	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX .... 3 AUTRE ________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 538)	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX .... 3 AUTRE ________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 538)	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX .... 3 AUTRE ________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 538)
537	VÉRIFIER 533: A-T-IL EU DE LA FIÈVRE OU TOUX?	OUI [ ] NON OU NSP [ ] ALLER À Q.572)	OUI [ ] NON OU NSP [ ] ALLER À Q.572)	OUI [ ] NO OR DK [ ] ALLER À Q.572)
538	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) pendant qu'il/elle toussait/avait de la fièvre, y compris le lait maternel? Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS .... 4 RIEN À BOIRE ...... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS .... 4 RIEN À BOIRE ...... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS .... 4 RIEN À BOIRE ...... 5 NE SAIT PAS 8
539	Quand (NOM) avait de la fièvre/ toussait, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS .... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ...... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ...... 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS .... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ...... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ...... 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS .... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ...... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ...... 6 NE SAIT PAS 8

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
540	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement quand (NOM) était malade?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 545)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 545)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 545)
541	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F PHARMACIE . . . G MÉDECIN PRIVÉ . H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. K GUÉRISSEUR TRA L AUTRE ________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F PHARMACIE . . . G MÉDECIN PRIVÉ . H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. K GUÉRISSEUR TRA L AUTRE ________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . F PHARMACIE . . . G MÉDECIN PRIVÉ . H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. K GUÉRISSEUR TRA L AUTRE ________ X (PRÉCISER)
542	VÉRIFIER 541:	2 CODES OU PLUS ENCERCLÉS ☐ UN SEUL CODE ENCERCLÉ ☐ (PASSER À 544)	2 CODES OU PLUS ENCERCLÉS ☐ UN SEUL CODE ENCERCLÉ ☐ (PASSER À 544)	2 CODES OU PLUS ENCERCLÉS ☐ UN SEUL CODE ENCERCLÉ ☐ (PASSER À 544)
543	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement? UTILISER LES CODES DE Q.541.	1er ENDROIT . . . . ☐	1er ENDROIT . . . . ☐	1er ENDROIT . . . . ☐
544	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous commencé à rechercher un conseil ou traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS . . . . . ☐☐	JOURS . . . . . ☐☐	JOURS . . . . . ☐☐
545	(NOM) a-t-il encore la fièvre/toux en ce moment?	FIÈVRE SEULE . . . . . 1 TOUX SEULE . . . 2 FIÈVRE ET TOUX . . . . 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE 4 NE SAIT PAS . . . 8	FIÈVRE SEULE . . . . . 1 TOUX SEULE . . . 2 FIÈVRE ET TOUX . . . . 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE 4 NE SAIT PAS . . . 8	FIÈVRE SEULE . . . . . 1 TOUX SEULE . . . 2 FIÈVRE ET TOUX . . . . 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE 4 NE SAIT PAS . . . 8
546	Est-ce que pendant la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour se soigner?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À Q.572) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À Q.572) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À Q.572) NE SAIT PAS . 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
547	Quel médicament (NAME) a-t-il pris? Pas d'autres médicaments? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . A QUININE . . . . B QUARTEM . . . . . C PRIMO . . . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN ________ . . . E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIRO F INJECTION . . . G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE . . . . . . H ACETA-MINOPHEN . . I IBUPROFEN . . . J AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . A QUININE . . . . B QUARTEM . . . . . C PRIMO . . . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN ________ . . . E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIRO F INJECTION . . . G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE . . . . . . H ACETA-MINOPHEN . . I IBUPROFEN . . . J AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . A QUININE . . . . B QUARTEM . . . . . C PRIMO . . . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN ________ . . . E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIRO F INJECTION . . . G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE . . . . . . H ACETA-MINOPHEN . . I IBUPROFEN . . . J AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z
548	VÉRIFIER 547: Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ?	OUI ☐ NON ☐ (ALLER À 572)	OUI ☐ NCNON ☐ (ALLER À 572)	OUI ☐ NON ☐ (ALLER À 572)
549	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDICAMENT DE Q.547) à la maison quand l'enfant est tombé malade? DEMANDER SÉPARÉMENT POUR CHAQUE MÉDICAMENT PRIS PAR L'ENFANT ET ENREGISTRÉ À Q.547 AUX CODES "A"-"E". SI OUI POUR UN MÉDICAMENT, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. SI NON POUR TOUS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . . A QUININE . . . . B QUARTEM . . . . . C PRIMO . . . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN ________ . . . E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP . . . . . . F PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON . . . . . . Y	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . . A QUININE . . . . B QUARTEM . . . . . C PRIMO . . . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN ________ . . . E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP . . . . . . F PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON . . . . . . Y	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . . A QUININE . . . . B QUARTEM . . . . . C PRIMO . . . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN ________ . . . E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP . . . . . . F PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON . . . . . . Y
569	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ UN AUTRE ANTIPALUDÉEN ('D')?	CODE 'D' ENCERCLÉ ☐ CODE 'D' NON ENCERCLÉ ☐ (ALLER À 572)	CODE 'D' ENCERCLÉ ☐ CODE 'D' NON ENCERCLÉ ☐ (ALLER À 572)	CODE 'D' ENCERCLÉ ☐ CODE 'D' NON ENCERCLÉ ☐ (ALLER À 572)

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
570	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDÉEN)?	MÊME JOUR . . . . . 0 JOUR SUIVANT . . . . 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE . . . . . 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE . . . . . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE . . 4 NE SAIT PAS . . . 8	MÊME JOUR . . . . . 0 JOUR SUIVANT . . . . 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE . . . . . 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE . . . . . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE . . 4 NE SAIT PAS . . . 8	MÊME JOUR . . . . . 0 JOUR SUIVANT . . . . 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE . . . . . 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE . . . . . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE . . 4 NE SAIT PAS . . . 8
571	Pendant combien de jours (NOM) a- t-il/elle pris(UN AUTRE ANTI-PALUDÉEN)? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS . . . . ☐ NE SAIT PAS . . . 8	JOURS . . . . ☐ NE SAIT PAS . . . 8	JOURS . . . . ☐ NE SAIT PAS . . . 8
572	Est-ce que (NOM) a est couvert par la mutuelle quand il tombe malade et que vous l'amenez à un établissement de soins ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
573		RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, FIN DE L'INTERVIEW	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, FIN DE L'INTERVIEW	RETOURNER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, FIN DE L'INTERVIEW
574	ENREGISTRER L'HEURE		HEURE . . . . ☐☐ MINUTES. . . . . ☐☐	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D"EQUIPE: ____________________ DATE: ____________________

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: ____________________ DATE: ____________________

ENQUÊTE INTERMMÉDIAIRE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
DU RWANDA
QUESTIONNAIRE HOMME

Institut National de la Statistique du Rwanda — RÉPUBLIQUE DU RWANDA

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ ____________________

NOM DU CHEF DE MÉNAGE ____________________

PROVINCE . . . . [ ][ ]

DISTRICT . . . . [ ][ ]

NUMÉRO DE GRAPPE . . . . [ ][ ][ ]

NUMÉRO DE STRUCTURE . . . . [ ][ ][ ]

NUMÉRO DE MÉNAGE . . . . [ ][ ]

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) [ ]

VILLE DE KIGALI/AUTRE VILLE/RURAL) . . . . [ ]
(VILLE DE KIGALI=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME ____________________ [ ][ ]

VITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	________	________	________	JOUR . . . . [ ][ ] MOIS . . . . [ ][ ] ANNÉE [2][0][0][ ]
NOM DE L'ENQUÊTRICE	________	________	________	N^{O} ENQUÊTRICE. [ ][ ]
RÉSULTAT*	________	________	________	RÉSULTAT [ ]
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	________ ________	________ ________		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]

*CODES RÉSULTAT

1 REMPLI
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE ____________________ (PRÉCISER)

LANGUE DE L'INTERVIEW

KINYARWANDA 1
AUTRE LANGUE ____________________ 2
(PRÉCISER)

INTERPRÈTE
OUI 1
NON 2

CHEF D"EQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ________ DATE ________ [ ][ ]	NOM ________ DATE ________ [ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle ______________________________ et je travaille pour l'institut national de la Statistique. Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes et aux hommes sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Cette enquête dure généralement entre 10 et15 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.
La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice ______________________________ Date: ____________________

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . . 1 ↓ L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE . . . 2 → FIN

100	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE . . . . [ ][ ] MINUTES.. . . . . [ ][ ]	
101	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS . . . . [ ][ ] NE CONNAîT PAS LE MOIS . . . . . . 98 ANNÉE . . . . [ ][ ][ ][ ] NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
102	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 101 ET/OU 102 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	
103	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 106
104	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE . . . . 1 SECONDAIRE . . . . 2 SUPÉRIEUR 3	
105	Quelle est l'année/classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau?	ANNÉE/CLASSE . . . . [ ][ ]	
106	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE . . . . 1 PROTESTANT . . . . 2 ADVENTISTE . . . . .3 MUSULMAN . . . . .4 RELIGION TRADITIONNELLE . . . . 5 AUTRE ____________________ 6 (PRÉCISER) AUCUNE 7	
107	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme comme si vous êtiez marié?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ . . . . . 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME . . . . 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 110
108	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ . . . . 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME . . . . 2 NON 3	 → 201
109	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF . . . . 1 DIVORCÉ . . . . 2 SÉPARÉ 3	→ 201
110	Est-ce que votre femme/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs?	VIT AVEC LUI . . . . 1 VIT AILLEURS 2	
111	Vivez-vous avec plus d'une épouse ou femme comme si vous êtiez marié ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 201
112	Au total, avec combien de femmes/d'autres partenaires vivez-vous comme si êtiez mariés ?	NOMBRE TOTAL DE FEMMES/ PARTENAIRES AVEC QUI IL VIT . . . . [ ][ ]	

SECTION 2. REPRODUCTION

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les enfants que vous avez eus au cours de votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 2, 8 → 206
202	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 204
203	Combien de vos fils vivent avec vous ? Combien de vos filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON . . . . . [ ][ ] FILLES À LA MAISON . . . . . [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 206
205	Combien de vos fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de vos filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS . . . . . [ ][ ] FILLES AILLEURS . . . . . [ ][ ]	
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 2, 8 → 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES . . . . . [ ][ ]	
208	FAIRE LA SOMME DE Q.203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL . . . . . [ ][ ]	
209	VÉRIFIER 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT [ ] ↓ N'A EU QU'UN SEUL ENFANT [ ] → 301 N'A EU AUCUN ENFANT [ ] → 301		301 301
210	Est-ce que les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 301
211	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES . . . . . [ ][ ]	

301	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER: Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)? ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. CONTINUER ENSUITE LA COLONNE 301, EN LISANT LE NOM ET DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE 1 NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE ENCERCLÉ À 301, POSER 302.		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer, par une médecin ou une infirmière, sous la peau du haut du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
09	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'aller souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
10	RYTHME Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a le plus de chance de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
11	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
12	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules spéciales à n'importe quel moment dans les cinq jours qui suivent des rapports sexuels non protégés , pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
12A	METHODES DES JOURS FIXES (MJF), UTILISANT LE COLLIER. La femme peut également connaître les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte en utilisant un collier et un calendrier.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . 1 __________ (PRÉCISER) __________ (PRÉCISER) NON 2	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES	PASSER À
303	VÉRIFIER 301 (07) CONNAÎT LE CONDOM MASCULIN OUI ☐ ↓ NON ☐ →		401
304	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 401
305	Où est-ce? Y a-t-il un autre endroit? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ____________________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÈRENCE . . . . . . A HÔPITAL DE DISTRICT . . . . B CENTRE DE SANTÉ . . . . C ANIMATEUR DE SANTÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC __________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . F PHARMACIE . . . . G MÉDECIN PRIVÉ . . . . H CLINIQUE ARBEF . . . . I INFIRMIÈRE . . . . J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ __________ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE . . . . L ÉGLISE . . . . M AMIS /PARENTS . . . . N AUTRE __________ X (PRÉCISER)	

SECTION 4 CIRCONCISION

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Certains hommes sont circoncis. Êtes-vous circoncis ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 2 → 405
402	Quel âge aviez-vous lorsque vous étiez circoncis ?	MOINS DE 13 ANS (ENFANCE) . 1 13-19 ANS . . . . . 2 20 ANS OU PLUS 3	
403	Qui a procédé à votre circoncision ?	CIRCONCISEUR TRADIONNEL . . . . . 1 PROFESSIONNEL DE SANTÉ . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
404	Quelle est la principale raison de votre circonsion ?	TRADITION/RELIGION . . . . . 1 SANTÉ/HYGIÈNE . . . . . 2 SATISFACTION SEXUELLE . . . . . 3 FACILITE LE PORT DU CONDOM . 4 AUTRE ________ 6 (À SPÉCIFIER) NE SAIT PAS 8	→ 408
405	Voudriez-vous être circoncis ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 4	 2 → 407 4 → 408
406	Quelle est la principale raison pour laquelle vous voudriez être circoncis ?	TRADITION/RELIGION . . . . . 1 SANTÉ/HYGIÈNE . . . . . 2 SATISFACTION SEXUELLE . . . . . 3 FACILITE LE PORT DU CONDOM . 4 AUTRE ________ 6 (À SPÉCIFIER) NE SAIT PAS 8	→ 408
407	Quelle est la principale raison pour laquelle vous ne voudriez pas être circoncis ?	TRADITION/RELIGION . . . . . 01 SANTÉ/HYGIÈNE . . . . . 02 SATISFACTION SEXUELLE . . . . . 03 COÛT . . . . . 04 DOULEURS. . . . . 05 AUTRE ________ 96 (À SPÉCIFIER) NE SAIT PAS 98	
408	ENRGISTRER L'HEURE	HEURES . . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . . [ ][ ]	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D''EQUIPE: ______________________ DATE: ______________________

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: ______________________ DATE: ______________________